

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

JULIANA HAMMES DE CARLI

DISMORFIA MUSCULAR

Revisão de literatura

Campinas
2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
PELA BIBLIOTECA FEF – UNICAMP**

D355d De'Carli, Juliana Hammes.
Dismorfia muscular: revisão de literatura / Juliana Hammes De'Carli. -
Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientador: Edison Duarte.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de
Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Dismorfia muscular. 2. Transtorno dismórfico corporal. 3. Imagem
corporal – aspectos psicológicos. I. Duarte, Edison. II. Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

asm/fef

Título em inglês: Muscle Dysmorphia: literature review.

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Muscle dysmorphia; Body dysmorphic disorder;
Body Image; Psychological aspects.

Data da defesa: 29/06/2010.

JULIANA HAMMES DE´CARLI

DISMORFIA MUSCULAR

Revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Edison Duarte

Campinas
2010

JULIANA HAMMES DE´CARLI

DISMORFIA MUSCULAR

Revisão bibliográfica

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) defendido por Juliana Hammes De´Carli aprovado pela Comissão julgadora em: 29/06/2010

Campinas
2010

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais Johnny De´Carli e Valéria S. Hammes; a minha irmã Diana De´Carli; aos meus avós Ana, Manoel e Alicia; a minha querida psicóloga Rosana Pires da Silva por todo apoio e base que estas pessoas deram a mim na minha vida.

Agradecimentos

Agradeço à minha psicóloga Rosana Pires da Silva por todo carinho e trabalho, à minha grande amiga Guaraciara Loterio pelo apoio e ao Prof. Dr. Edison Duarte por ter tornado possível a realização desta monografia ser tão simples e prazerosa.

DE´CARLI, Juliana Hammes. Dismorfia Muscular:Revisão de literatura. 2010. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

RESUMO

Este trabalho trata da dismorfia muscular, um transtorno dismórfico corporal recente em relação a outros já estudados, como bulimia e anorexia. Através de uma revisão de literatura de artigos científicos pesquisados em bases de dados especializadas, foi observado que este transtorno está cada vez mais comum entre a população feminina e masculina e que possui influências na população infantil. A mídia e a cultura são fortes fatores influenciáveis, que estimulam a propagação desse transtorno. O indivíduo com dismorfia muscular apresenta distorção de imagem corporal e os sintomas deste problema estão associados a sintomas de estresse psicoemocional. Este transtorno apresenta comorbidade e por se tratar de um problema recente, ainda não há descrição para tratamento específico, tendo práticas “emprestadas” de quadros correlatos e que não podem ser descritas como definitivas.

Palavras-Chaves: Dismorfia Muscular- Transtorno Dismórfico Corporal- Imagem Corporal- Aspectos Psicológicos

DE´CARLI, Juliana Hammes. Dismorfia Muscular: Revisão de Literatura. 2010. 70f.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade
Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

ABSTRACT

This work deals with muscle dysmorphia, a recent body dysmorphic disorder in relation to other previously studied, such as bulimia and anorexia. Through a literature review of scientific papers surveyed in specialized databases, we found that this disorder is increasingly common among male and female population and has influences in children. The media and culture are strong influential factors, which stimulate the spread of this disorder. Individuals with muscle dysmorphia has distorted body image and symptoms of this problem are associated with symptoms of psycho-emotional stress. This disorder has comorbidity and because it is a recent problem, there is no description for specific treatment, and practices are "borrowed" from related disorders and can not be described as definitive.

Muscle Dysmorphia- Body Dysmorphic Disorder- Body Image- Psychological Aspects

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Bonecos antigos e atuais do G.I.Joe.	28
Figura 2 -	Foto da atleta do estudo em questão.	33
Figura 3-	Grade de imagem de construção de imagem.	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios descritos por Pope (1997) para Dismorfia Muscular

15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resultados obtidos nos bancos de dados pesquisados	24
Tabela 2 -	Número de meninos e meninas que relataram mensagens positivas e negativas	26

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	The Adônis Complex Questionnaire (Questionário do Complexo de Adônis)	65
Anexo B	The Drive for Muscularity Scale (Instrumento para Escala de Musculatura)	66
Anexo C	The Muscle Dysmorphia Questionnaire- Modified (Questionário de Dismorfia Muscular- Modificado)	67

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Informações relativas ao “The Adônis Complex Questionnaire” (Questionário do Complexo de Adônis)	68
Apêndice B	Informações relativas ao “The Drive for Muscularity Scale” (Instrumento para Escala de Musculatura)	69
Apêndice C	Informações relativas ao “The Muscle Dysmorphia Questionnaire- Modified” (Questionário de Dismorfia Muscular – Modificado)	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACQ	Adônis Complex Questionnaire
DM	Dismorfia Muscular
FFMI	Índice de Massa Magra
MDDI	Inventário de Dismorfia Muscular
MDQ-M	Muscle Dysmorphia Questionnaire Modified
NBB	Grupo de Fisioculturistas Naturais
NNBB	Grupo de Fisioculturistas Não Naturais
OMS	Organização Mundial da Saúde
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TDM	Transtorno Dismórfico Muscular
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
WTP	Treino com pesos por questões físicas

SUMÁRIO

1 Introdução	13
1.1 Descrição clínica	14
1.2 Aspectos Epidemiológicos	16
1.3 Aspectos Etiológicos	16
1.4 Tratamento	18
1.5 Grupo de risco	18
1.6 Consequências	19
2 Objetivos	21
3 Metodologia	22
4 Resultados	24
4.1 Dismorfia muscular, adolescentes e formação da imagem corporal	25
4.2 Dismorfia muscular e mulheres	30
4.3 Dismorfia muscular e homens	34
4.4 Dismorfia muscular e esteróides anabolizantes	50
5 Discussão	52
6 Conclusão	56
7 Referências Bibliográficas	57
8 Anexos e Apêndices	64

1 Introdução

Depois de dez anos de treinamento com pesos, cinco anos estudando Educação Física e trabalhando com musculação pude perceber em dezenas de alunos a diferença com que muitos deles se relacionavam com a atividade física. Uns procuram a musculação para potencializar o rendimento em determinado esporte e quer um treino específico, outros não perdem um só dia e perguntam sobre suplementos; outros dizem sentir-se culpados caso falem e pedem inclusive para repor treino; alguns afirmam estarem treinando para fortalecer os músculos por necessidade caso tenham problema nos joelhos ou outro problema, ou devido a idade, para prolongar sua independência física; outros por vaidade e assim por diante. Há dois anos passei a ler sobre psicologia e comecei a associar os aspectos corpo e mente, e como pessoas diferentes, inclusive alunos da Educação Física da Unicamp lidavam com seus corpos, a consciência corporal que uma determinada atividade física proporcionava a uma pessoa e como esta pessoa transmitia corporalmente este desenvolvimento e seus aspectos comportamentais na sociedade. Resolvi então unir os aspectos psicológicos do treinamento com a minha área, a musculação e encontrei a dismorfia muscular.

A dismorfia muscular também é conhecida vulgarmente como vigorexia. Em alguns estudos mais antigos encontra-se denominada como anorexia nervosa reversa ou Síndrome de Adônis (POPE et al,1993). Este distúrbio é um subtipo do transtorno dismórfico corporal, na qual a pessoa apesar da grande hipertrofia muscular, considera-se fraca e pequena. Este distúrbio de imagem, que também inclui em suas características transtorno alimentar, ocorre na maioria dos casos em homens, mas também é encontrado em mulheres.

Pope et al em 1993, analisou uma amostra de 108 fisiculturistas na qual 9 deles (8,3%) descreviam-se como sendo muito fracos e pequenos, enquanto, na verdade, eram fortes e grandes. Dois deles possuíam antecedentes de anorexia nervosa e todos afirmaram ser usuários de esteróides anabolizantes. Neste primeiro momento Pope nomeou o distúrbio como anorexia nervosa reversa e em estudos posteriores, revisando seus conceitos, renomeou o quadro de dismorfia muscular. Considerado como um tipo de transtorno dismórfico corporal (TDC). A dismorfia muscular não é um TDC típico, pois não se preocupa somente com uma área específica do corpo como os outros transtornos dismórficos e sim com o padrão da musculatura de todo o corpo. Pessoas que apresentam o distúrbio dedicam-se horas aos

treinos físicos diários, com intensa atividade de musculação, utilizam, em sua maioria, esteróides anabolizantes, dietas para hipertrofia muscular (carboidrato e proteína) e hiperprotéicas e suplementos à base de aminoácidos com o intuito de ganhar mais massa magra. Nesse sentido há sobrecarga não só na musculatura, articulações, ligamentos, por excesso de exercício, mas também sobrecarrega os rins por dieta inadequada.

A dismorfia muscular específica- se dismorfia muscular do transtorno dismórfico corporal (crença de que um corpo hipertrofiado é muito pequeno ou insuficientemente forte em termos muscular).

1.1 Descrição clínica

A seguir estão definidos de acordo com o DSM-V (2010) e com Pope (1997) o transtorno dismórfico corporal e a dismorfia muscular respectivamente.

De acordo com a American Psychiatric Association (*DSM-5 Development*), transtornos de dismorfia corporal são caracterizados por:

1. Preocupação com uma falha ou defeito percebido na aparência física que não é observável por outras pessoas.
2. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo (por exemplo: humor depressivo, ansiedade, vergonha), prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (como na escola ou o relacionamento em casa).
3. As preocupações não se restringem aparentemente a sintomas de um transtorno alimentar (exemplo, preocupação com a gordura corporal ou peso).

O quadro abaixo descreve os critérios descritos por POPE (1997) para a dismorfia muscular:

Dismorfia muscular
<ol style="list-style-type: none"> 1. O indivíduo preocupa-se com o fato de que seu corpo não seja suficientemente forte e musculoso. 2. Esta preocupação causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes e são representados por pelo menos dois dos critérios a seguir: <ul style="list-style-type: none"> - O indivíduo frequentemente desiste de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes pois tem uma necessidade compulsiva de manter sua rotina de exercícios físicos ou sua dieta. - O indivíduo evita situações nas quais seu corpo possa ser exposto ou quando não pode evitá-las, passa por sofrimento e ansiedade intensos. - A preocupação com a inadequação do tamanho corporal ou com a musculatura causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes. - O indivíduo continua a exercitar-se, fazer dieta ou usar substâncias para melhorar seu desempenho a despeito de efeitos colaterais ou consequências psicológicas. 3. O foco primário das preocupações e comportamentos é de ser muito pequeno ou sem musculatura suficiente e não em ser gordo como na anorexia nervosa, ou em outros aspectos da aparência, como no transtorno dismórfico corporal.

Quadro 1 - Critérios para dismorfia muscular (POPE 1997).

Halterofilistas com dismorfia muscular ainda possuem pensamentos intrusivos de que estão fracos ou que precisam se tornar mais fortes, podendo exercitar-se por 5 horas diárias. Halterofilistas sem o distúrbio dizem ter estes pensamentos por no máximo 40 minutos diários (OLIVARDIA, 2000). Estes pensamentos influenciam a auto-estima e a concentração destes indivíduos e eles mesmos consideram o tempo excessivo, gasto com esses pensamentos.

1.2 Aspectos epidemiológicos

Os estudos sobre dismorfia muscular são recentes. A dismorfia muscular ainda não está presente no manual diagnóstico de psiquiatria CID-10 e no DSM-V está classificada no item referente a Desordens de Ansiedade e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Não encontramos estudos epidemiológicos na população em geral, os estudos geralmente são feitos em amostras selecionadas com atletas ou fisiculturistas. De acordo com estudos de POPE (1997), o quadro é mais comum entre os fisiculturistas do que nos halterofilistas. Descreve-se a prevalência de 10% entre os halterofilistas e até 84% entre os fisiculturistas. Em outra amostra de indivíduos com transtorno dismórfico corporal, a presença de dismorfia muscular chegou a 9,3% dos casos.

1.3 Aspectos etiológicos

A distorção da imagem corporal está comumente associada a distúrbios alimentares como anorexia, bulimia e transtorno dismórfico corporal. Quando falamos de imagem corporal, a auto-percepção do peso é importante e determinante entre os transtornos dismórficos corporais, podendo ser influenciado por diversos fatores, incluindo a cultura e os padrões sociais. (VEGGI ET al, 2004).

Mudanças na aparência, forma e tamanho corporais, que são comuns em toda sociedade, têm uma importante função social e expressam onde o indivíduo está inserido na sociedade e pode ainda demonstrar mudança no status social (CONTI, 2005- 6). O indivíduo só é aceito estando nos padrões do grupo. Assim pessoas não atraentes podem ser discriminadas e não recebem tanto suporte em seu desenvolvimento quanto os sujeitos reconhecidos como atraentes, podendo ser rejeitadas, o que dificulta o desenvolvimento de habilidades sociais e da auto-estima. (SAIKALI, 2004).

A imagem corporal influencia nosso comportamento e relações pessoais. Percebe-se entre os indivíduos que apresentam a dismorfia muscular, pessoas com personalidade introvertida, devido à timidez ou retraimento social acabam por buscar um corpo perfeito como compensação aos sentimentos de inferioridade. Estes indivíduos possuem alguns traços característicos de personalidade, como baixa auto-estima e dificuldades para integrar-se

socialmente, perfeccionismo, falta de controle da própria saúde e distorção corporal (GRIEVE, 2007).

Fatores socioculturais aparecem como influência, assim como a mídia, filmes, revistas (KLEIN, 1992). O aumento da disponibilidade de esteróides anabolizantes deve ter contribuído para a dismorfia muscular, uma vez que foi observado que depois do início do uso destas substâncias, observou que as pessoas que iam ganhando maior musculatura passavam a ficar mais insatisfeitas com o próprio corpo e aumentaram o índice de distúrbio da imagem corporal (POPE ET AL, 1997).

A alta prevalência de comorbidade entre os indivíduos com dismorfia muscular indica que este quadro possa fazer parte de um grupo de sintomas com características em comum, como transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno alimentares, transtorno de humor e transtorno dismórfico corporal (POPE, 1997). A distorção da imagem corporal é um fator determinante para os transtornos alimentares. De acordo com Saikali ET AL (2004), a auto-avaliação desta pode ocorrer de três formas:

“(...) o indivíduo pensa em extremos relacionados à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; quando o indivíduo compara a sua aparência com padrões extremos da sociedade; quando o indivíduo se concentra em um aspecto de sua aparência.” (SAIKALI ET al, 2004. V.31,n.4.).

A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, ou seja, é determinada por uma série de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença (MORGAN, 2002). Alguns fatores como perdas, separações, mudanças, doenças orgânicas, distúrbios da imagem corporal, depressão, ansiedade e, até mesmo, traumas de infância, como abuso sexual podem ser significativos para o quadro de transtorno alimentar. Mas ainda não se sabe como esses fatores atuam pra causar o transtorno. (FIATES, 2001) Tanto a anorexia, quanto a dismorfia muscular, foi considerada por Pope (2002) como doenças ligadas à perda de controle de impulsos narcisistas.

1.4 Tratamento

Por ser relativamente um distúrbio recente e haverem poucos estudos, não há descrição do tratamento para a dismorfia muscular, em sua maior parte, práticas são "emprestadas" do tratamento de quadros correlatos e não devem ser entendidas como definitivas. Da mesma forma que indivíduos com transtornos alimentares, os indivíduos com dismorfia muscular dificilmente procuram tratamento, pois assumindo o tratamento conseqüentemente acarretam a perda da massa muscular. Caso o indivíduo faça uso de esteróides anabolizantes, sua interrupção deve ser sugerida imediatamente.

No tratamento psicológico é feito a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal e identificação de aspectos positivos da aparência física. Deve-se abordar e encorajar atitudes mais sadias e enfrentar a aversão de expor o corpo e isso, na maioria das vezes, não flui resultado, pois, o vigorético tem um bloqueio muito grande e não aceita opinião. A influência da mídia, sociedade e meio esportivo de que corpos perfeitos são sinônimos de beleza e sucesso, vem acometendo homens e mulheres para o desenvolvimento de transtornos alimentares e mentais, levando o ser humano ao extremo para conseguir os resultados impostos por estes meios de comunicação.

1.5 Grupo de risco

A maior parte dos homens com dismorfia muscular possuem entre 18 e 35 anos, mas este transtorno pode também estar presente em mulheres, se expressando por

fatores socioeconômicos, fisiológicos, emocionais, cognitivos e comportamentais. Apesar de variar, o nível socioeconômico com maior ocorrência é na classe média baixa (ALONSO,2006; GRIEVE,2007).

Frequentadores assíduos de academia também fazem parte do grupo de risco. Essas pessoas se tornam perfeccionistas consigo mesmas e obsessivas pelo exercício (BATISTA, 2005). Estes complexos podem ser agravados pela busca inconstante da beleza física e vem acompanhada de ansiedade, depressão, fobias, atitudes compulsivas e repetitivas, como olhar muitas vezes ao espelho (ASSUNÇÃO, 2002).

De acordo com Pope ET AL 2006, indivíduos que utilizam esteróides anabolizantes diferem pouco dos que não usam em relação à auto-estima, imagem corporal e comportamentos alimentares, mas apresentam mais sintomas de dismorfia muscular. Fisiculturistas e halterofilistas que são julgados pelos seus músculos e ainda os atletas fazem parte do grupo de risco, devido a comportamentos que adquirem para chegarem a seus respectivos objetivos e a cobrança que existe de treinadores, de si mesmo e até da família.

1.6 Conseqüências

Devido ao excesso de treinamento, o corpo mostra reações de que algo está errado, acarretando num *overtraining*. São reações semelhantes ao stress, como insônia, falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração, entre outras. A pessoa com dismorfia muscular possui uma obsessão pelo corpo perfeito e sua vida passa a girar em torno disso. Os hábitos alimentares apresentam mudança considerável e a dieta passa a ser controlada em cada caloria, pois a beleza corporal dependerá disso. Alimentos com gordura são eliminados e, ao contrário, há um consumo excessivo de proteínas. Este desequilíbrio alimentar acaba por sobrecarregar o fígado, obrigando-o a desempenhar um trabalho extra (JUNIOR, 2009).

A dismorfia muscular causa problemas físicos e estéticos, como por exemplo, a desproporção displásica (como por exemplo, uma desproporção entre o tamanho do corpo e da cabeça), alterações no sistema ósseo com a predisposição de desenvolvimento de osteopenia e osteoporose; fraturas por desgastes (repetidas), maior facilidade para o

aparecimento de pequenas lesões localizadas e maior predisposição de desgastes articulares devido ao excesso de peso, como falta de agilidade e encurtamento de músculos e tendões. Este quadro se agrava quando o indivíduo passa a consumir esteróides anabolizantes com a finalidade de conseguir “melhores resultados”. O consumo destas substâncias aumenta o risco de doenças coronarianas, hipertensão arterial, tumores hepáticos e, por alterar o nível de hormônios sexuais causa hipertrofia prostática, atrofia testicular, podendo aumentar as chances de câncer de próstata, nos homens. E nas mulheres pode causar atrofia mamária, alteração no padrão de pilificação, alteração de voz e hipertrofia de clitóris.

Além dos problemas físicos, a utilização dos esteróides anabolizantes pode trazer alterações psicológicas, envolvendo sintomatologias psicóticas e maníaco-depressivas durante o seu uso e sintomas depressivos quando em sua abstinência (PELUSO, 2000). Especula-se também um fator de associação entre criminalidade e uso de esteróides anabolizantes (POPE, 1996).

Isto posto, percebe-se o peso do assunto na área da Educação Física, visto que a musculação é uma prática bastante difundida, principalmente pelo seu aspecto complementar nas práticas esportivas e para manter um corpo forte e preparado para a fase senil. Observamos em nossa prática diferentes relações de alunos com a musculação e que o transtorno dismórfico muscular aparenta ser mais comum do que pensamos.

2 OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo averiguar o que há na literatura da área sobre o tema Transtorno Dismórfico Muscular a fim de subsidiar teoricamente profissionais de Educação Física e afins, assim como praticantes de atividades físicas a respeito desse quadro clínico.

3 METODOLOGIA

Neste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica; que segundo Mattos e Rossetto (2004), trata-se de uma revisão de literatura, visando sintetizar e analisar criticamente idéias de autores que falam a respeito do tema.

Para a realização deste trabalho, foram utilizadas as bibliotecas setoriais da Unicamp, e o acervo bibliográfico da biblioteca da UNICAMP. Elas foram indispensáveis para a pesquisa de autores clássicos nas áreas de psiquiatria, psicologia e treinamento. Por ser um assunto relativamente recente, com os estudos iniciados em 1993, não existem muitos livros, principalmente em português, portanto foram utilizados artigos científicos brasileiros, e norte-americanos em sua maioria.

Foram analisadas bases de dados digitais, acessadas através da internet, como Web Spirs (Medline, Sport discus, Psycinfo, PubMed, Pro quest Medical Library), Bireme (Lilacs), Scirus (SciELO) e Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing (Wiley Interscience), E-books (Ebrary) . A escolha das respectivas bases foi feita após uma seleção entre as que dizem respeito às áreas de Ciências Humanas e Ciências da Saúde.

Nestas bases, foram selecionados os idiomas Inglês, Espanhol e Português; a pesquisa foi feita, inicialmente, utilizando-se as palavras-chaves: Dismorfia muscular, Vigorexia, Muscle Dysmorphia, Muscle Dismorphia, Adonis Complex, Bigorexia. Após esse primeiro processo, filtramos a busca com o cruzamento das palavras-chave, para, assim, obter o material específico de interesse do trabalho.

O período de busca para o estudo bibliográfico concentrou-se entre os anos de 2000 à 2010, visto a necessidade de análise do que há de mais atual na literatura sobre o assunto, apesar de pesquisas datadas anterior a este período terem sido utilizadas para definições, devido sua importância no assunto.

Após o processo de levantamento bibliográfico, passou-se para “Leitura Informativa” (CERVO & BERVIAN, 1975), dividida em quatro fases:

Leitura de Reconhecimento: dá ao pesquisador a visão global do assunto; uma visão indeterminada, mas indispensável para a progressão no conhecimento.

Leitura Seletiva: aquela em que ocorre a escolha dos melhores textos, condizentes com o projeto o trabalho.

Leitura Crítica ou Reflexiva: o pesquisador estuda o texto com reflexão deliberada e consciente; é uma fase de percepção dos significados, através de operações de análise, comparação, diferenciação, síntese e julgamento. Envolve a capacidade de escolher as idéias principais e de diferenciá-las entre si e das secundárias.

Leitura Interpretativa: é o momento de relacionar o que o autor afirma com os problemas para os quais está buscando solução.

Este material foi, então, fichado e organizado para, então, serem discutidos os sub itens específico sobre o tema Transtornos Dismórfico Muscular.

4 RESULTADOS

No processo de levantamento bibliográfico, a partir das bases de dados acima citadas, foram obtidos os resultados especificados na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados obtidos nos bancos de dados pesquisados

PALAVRAS-CHAVE	WEBSPIRS	BIREME	SCIRIUS (SCIELO)	E-BOOKS (EBRARY)	WILEY INTERSCIENCE	GOOGLE ACADÊMICO
Bigorexia	11+	0	465	1	4	0
Vigorexia	0	0	0	0	0	2
Muscle dysmorphia	33.014	0	682	15	29	0
Muscle Dismorphia	1	0	5	0	0	0
Adonis Complex	11	0	599	0	22	0
Dismorfia muscular	2	0	0	0	0	0

Tabela 1- Resultados obtidos nos bancos de dados pesquisados

Para fins da pesquisa foram excluídos os artigos que não continham as palavras – chave (Bigorexia, Vigorexia, Muscle Dysmorphia, Muscle Dismorphia, Dismorfia muscular ou Adônis Complex), que foram publicadas fora do período estabelecido no projeto (2000-2010), que não foram publicados em português, inglês ou espanhol e aqueles cujo título ou resumos não condiziam com o trabalho.

Foram escolhidos 28 textos e um livro, mas restaram apenas 23 textos que atendiam aos critérios de inclusão e que estavam disponíveis para leitura. A seguir apresentamos os trabalhos considerados significativos e que trazem contribuição.

4.1 Dismorfia muscular, adolescentes e formação da Imagem Corporal

De acordo com McCabe ET AL. (2001), a maioria dos estudos sobre imagem corporal é feito com meninas e ressaltam os efeitos das influências socioculturais. Ainda existem poucos estudos teóricos sobre as influências em meninos. Foi feito um estudo no qual o principal objetivo era examinar detalhadamente a natureza das mensagens que os adolescentes recebem sobre seus corpos de diferentes fontes. As mensagens foram organizadas de acordo com o tipo de fonte, que foram as seguintes: pais, mães, irmãs, irmãos, amigos homens, amigos mulheres e a mídia. Participaram do estudo 40 meninas e 40 meninos adolescentes com 13 a 15 anos da classe média na Austrália. O índice de massa corporal nas meninas tinha a média de 23,13kg/m² enquanto nos meninos a média era de 22,49kg/m² (McCABE ET AL, 2006). As informações foram adquiridas através de entrevista, foram feitas perguntas em aberto e depois perguntas mais diretas.

Alguns comentários dos adolescentes foram citados no estudo. A seguir estão traduzidos comentários de três meninos: o primeiro em relação a satisfação com o próprio corpo; o segundo comentário é quando o menino é perguntado sobre a forma que a mãe se posiciona em relação ao corpo dele ou comentários que ela faça e o terceiro é em relação ao pai e o menino.

“Diferente de todos os caras da sala de aula, eu sou forte suficiente. Eles me consideram o terceiro mais forte, isso é muito bom. E os meus músculos são definidos e desenvolvidos. Eu tenho o abdômen embaixo todo definido, meus músculos estão bons.”
(Michael)

No comentário de Michael fica aparente a satisfação do adolescente de possuir um corpo definido e ser reconhecido pelos colegas. Ele fala como se tivesse um certo status por ser forte, mostrando até que existe um ranking de qual é mais forte.

“Eu não sei. Ela me encoraja na maioria das coisas que eu faço...ela é viciada em exercícios também. Então se eu quero correr hoje a noite, ela iria comigo, mas está chovendo vamos à academia. Ela está tentando me manter saudável.” (John)

Já no comentário de John, a mãe é adepta aos exercícios físicos e dá apoio ao filho. Isso não quer dizer que ele vá ter dismorfia muscular, mas tudo depende da forma com que ele vai perceber as informações recebidas, dependerá de seus valores, de sua base psicológica. Caso ele tenha uma pré-disposição, a mãe seria uma pessoa que não está conscientizada da

forma que teria que lidar com o filho, e estaria dando mais força para que ele tenha o transtorno.

“Eu acho que o papai gostaria que eu fosse esportista, não que ele tenha sido sempre assim. Isso é uma mensagem indireta, é uma interpretação de comentários que meu pai fez.” (Matt)

Na citação de Matt fica claro como mensagens possam ser “lida nas entrelinhas”, e ele aponta para a ambiguidade de algumas mensagens e potencial do receptor de interpretar as mensagens de forma particular. (McCABE ET AL, 2006)

Este estudo revela que as mensagens sobre o corpo dos adolescentes podem ser interpretadas, distorcidas e desviadas, mas como eles processam estas mensagens ainda não foi adequadamente investigado (McCABE, 2006). A seguir está a tabela de resultados gerais de mensagens positivas e negativas de cada fonte:

Table 1 Number of boys and girls who reported positive and negative messages.

Source of Message	Positive messages		Negative messages	
	Boys	Girls	Boys	Girls
Mothers	18	34	2	12
Fathers	9	30	1	10
Brothers	2	15	1	8
Sisters	4	18	0	12
Female friends	9	37	0	16
Male friends	12	32	6	15
Media	0	11	3	23
Total	88	202	21	104

Tabela 2- Número de meninos e meninas que relataram mensagens positivas e negativas.

As mensagens negativas direcionadas às meninas foram focadas mais à aparência e ao peso, enquanto aos meninos foram focadas nos músculos e no desempenho deles nos esportes. Esta é uma das razões do por que as adolescentes mulheres tendem a fazer dietas enquanto os meninos tendem a se engajar em estratégias para aumentar seus músculos. (RICCIARDELI & McCABE, 2001).

Em relação à mídia como fonte, as adolescentes pareceram mais influenciadas pela mídia, pareciam detectar mais as mensagens da mídia do que os adolescentes meninos. Foram somente 13 relatos de meninos de que detectaram mensagens da mídia contra 73 relatos das

meninas. De qualquer forma, isso precisaria ser mais bem estudado, visto que talvez não seja aceitável para os meninos admitir que eles recebam mensagens sobre o corpo deles. Os meninos podem não estar detectando mensagens, eles podem ser relutantes para discutir o corpo deles, ou o nível de mensagens para meninos, de fato, possa ser menor do que o número de mensagens para meninas. Também é possível que alguns meninos e algumas meninas possam ter tido dificuldade de discutir suas imagens corporais com pessoas do mesmo sexo, mas com 8-10 anos a mais do que eles. (MACABE ET AL, 2006). Mensagens entre colegas do sexo masculino assumiram em primeiro lugar a forma de brincadeiras, mas eles também podem incluir alguns aspectos de bullying.

Baseado no argumento acima se percebe a tendência maior dos homens à dismorfia muscular do que nas mulheres, o que explica a maior incidência da ocorrência em homens e os comentários vistos em muitos artigos de que este transtorno é uma doença especial do sexo masculino e por que é estudado mais em homens. Apesar disso, a dismorfia muscular também ocorre em mulheres. Este foi o primeiro estudo a proporcionar uma análise de ampla gama das mensagens socioculturais e como elas foram interpretadas por adolescentes meninos e meninas.

Uma força geral para ganhar massa muscular é encontrada entre os adolescentes (McCABE in BAGHURST ET AL, 2001). Brinquedos e a mídia aparecem em pesquisas por serem fortes influências por mudarem opiniões sobre o físico masculino (POPE in BAGHURST ET AL, 2000). Através da imagem de um super-homem, brinquedos idealizam uma norma social que promove magreza e musculatura.

Estes bonecos de personagens de ação apresentam uma aparência irreal, com um tamanho significativo maior do que o normal em suas proporções corporais de todo corpo com exceção da cintura. Uma pequena pesquisa feita pelo Departamento de Ciência da Saúde de Arkansas e pelo Departamento de Psicologia e Cinesiologia da Faculdade Midwestern State University do Texas mostra como estes físicos são interpretados e como promovem os conceitos de imagem corporal associados à musculatura. Porque brinquedos podem influenciar a imagem corporal das crianças por comparação (PEDERSEN in BAGHURST ET al, 1991), desenho, formato, maquiagem e características (WILKINSON in BAGHURST et AL, 1987), a promoção de tal imagem de personagens fortes pode levar a sentimentos inadequados. Tais figuras poderiam dar condições de desenvolver desordens psiquiátricas como a dismorfia muscular.

O estudo acima citado foi realizado com 176 crianças entre 9 e 13 anos que cursavam da quarta à sexta série de duas escolas de duas cidades distintas do sudoeste norte-americano.

Foram utilizados 5 pares de bonecos no estudo: Batman, G.I. Joe, Superman, Spiderman e o Incrível Hulk. Estes personagens foram escolhidos por apresentarem a forma humana e por serem produzidos a mais de 25 anos. A continuidade na produção demonstra popularidade e assegura que os personagens são conhecidos pelos participantes. Com exceção da cintura, todas as partes do corpo eram largas nos bonecos atuais, que foram comprados em 2005.

A foto a seguir mostra dois bonecos da década de 80 e dois bonecos atuais do G.I. Joe.



Figura 1- Bonecos antigos e atuais G.I. Joe

O questionário empregado foi feito especialmente para este estudo com uma linguagem adequada para as crianças e contendo 14 questões com respostas específicas para a imagem dos personagens de ação. O questionário utilizou uma escala para avaliar a percepção da musculatura dos bonecos, a aparência saudável, quanto os bonecos pareciam com uma pessoa normal e qual figura o participante mais gostaria de se assemelhar. Por exemplo, os participantes foram perguntados, “Quanto saudável é o personagem de ação A?” seguido por, “Quanto saudável é o personagem de ação B?” Em uma escala de cinco pontos, o participante respondia de “não saudável=1” até “extremamente saudável=5”.

Foi perguntada no questionário qual figura era a preferida, seguida de uma pergunta em aberto para explicar as razões da preferência. A proposta desta pergunta em aberto era permitir a oportunidade de apresentar respostas não esperadas ou pensadas pelos pesquisadores. Para estabelecer a validade do conteúdo, antes da principal investigação, 112 homens da graduação completaram o questionário para testar a funcionalidade. A pergunta em aberto foi usada para desenvolver 3 perguntas principais e 7 subcategorias de respostas para a validação do critério. Os participantes da principal pesquisa responderam as questões durante a aula de Educação Física na sala de aula com 20 a 30 alunos.

Resultados:

-Quando perguntados sobre qual personagem de ação parecia mais como uma pessoa normal, 30% responderam ser o personagem atual, ou seja, o personagem forte; 60% responderam que o personagem original, o antigo era mais normal e 10% não via diferença.

-Quando perguntaram sobre o quanto saudáveis pareciam os bonecos, 70% afirmou que os personagens atuais mais fortes pareciam os mais saudáveis; 15% responderam que os bonecos originais pareciam mais saudáveis e 15% não viam diferença.

-Quando perguntaram com qual dos bonecos eles gostariam de ser semelhantes, 80% afirmou que gostaria de se assemelhar com os bonecos fortes, 12% afirmou que gostaria de se assemelhar com os bonecos originais e 8% respondeu que não fazia diferença.

-Por fim, quando perguntaram qual boneco preferiam, 90% afirma preferir os bonecos atuais fortes, enquanto somente 10% (n=17,6 alunos) preferiram os bonecos originais. Na pergunta em aberto do por que preferiram os bonecos, quando escolheram o preferido dentre os bonecos originais, 80% respondeu escolher por outro motivo que não fosse o físico, contra 20% que escolheu de acordo com a aparência do boneco. Quando escolheram o preferido dentre os bonecos atuais mais fortes, 70% escolheu de acordo com a aparência do boneco contra 30% que escolheu por outro motivo que não fosse a aparência.

O resultado deste estudo indicou que adolescentes e pré-adolescentes homens preferem bonecos de ação com físico forte, maiores e que estes bonecos são percebidos como fortes, menos normais, e ainda mais saudáveis que os originais. Um número significativo de alunos preferiu ser parecido com os bonecos de ação de físico forte.

Ainda não está claro se os bonecos de ação influenciam as crianças a terem distúrbios de imagem. Devido à escassez de pesquisas sobre as fortes influências de características de um corpo com musculatura desenvolvida entre jovens do sexo masculino, este estudo só pode destacar traços associando tal desejo.

A associação da musculatura com ser saudável que a maioria dos jovens participantes fez, pode encorajá-los futuramente a utilizar esteróides anabolizantes. É possível que a exposição precoce de figuras irreais estimule as crianças a atingir uma musculatura anormal, não saudável e inalcançável. Esta interpretação poderia ajudar a explicar o que pesquisas recentes constataram que boneco de ação forte faz com que baixe a auto-estima nos adultos homens (BARLETT ET AL in BAGHURST, 2005).

A exposição de bonecos antigos mostrou a discrepância entre o físico atual e o irracional ideal físico, talvez por isso as crianças em sua maioria responderam que os bonecos antigos pareciam-se mais com pessoas normais. Mas mesmo assim, elas ainda preferem se assemelhar com os bonecos fortes atuais.

Algumas limitações deste estudo deveriam ser retomadas em estudos posteriores como a etnia da criança e a relação com os pais. É sabido que as condições fisiológicas, sociais e psicológicas influenciam o desenvolvimento de desordens psiquiátricas como a dismorfia muscular, mas estas pesquisas são necessárias para determinar especificamente quando estas variáveis começam a influenciar a imagem corporal masculina. Programas de prevenção que visa a preocupação da imagem corporal do jovem são necessários antes que essas referências aumentem em frequência ou gravidade (LEVINE ET AL, 2001).

4.2 Dismorfia muscular e mulheres

No esporte moderno e contemporâneo foi unificado um conjunto de capacidades e valores como força, potência, velocidade, vigor físico e busca de limites, características que são valorizadas na sociedade e historicamente relacionadas à imagem da masculinidade, fazendo com que o comportamento esportivo mais adequado seja definido como um papel do gênero masculino. (RUBIO, SIMÕES in DEVIDE e VOTRE, 2005).

De acordo com Devide e Votre (2005), barreiras do gênero de acordo com pressupostos biológicos, que interpretam as mulheres como inferiores na prática esportiva em relação aos homens, foram rompidas de acordo com este contexto dos valores modernos. Algumas mulheres atletas sentem a necessidade de transformar o próprio corpo, de instrumento de trabalho esportivo a instrumento de emancipação, para serem incluídas no universo da competição esportiva, construída nas bases dos valores do campo em que elas estão em desvantagem. Não há expectativas que elas se tornem mais femininas no contexto do esporte, ao contrário dos homens, os quais o esporte foi e tem sido um meio de construção da masculinidade. No cenário dos esportes de alto rendimento, o desempenho masculino é referência para comparações e avaliações das mulheres tidas como esportistas de segunda classe, uma vez que nunca elas conseguirão atingir os recordes masculinos.

Este quadro contribui para que as mulheres atletas se tornem usuárias de esteróides anabolizantes, para que haja uma melhora abrupta do desempenho no esporte. Lembrando que a musculação é uma prática paralela a qualquer esporte, que potencializa cada aspecto integrante para um melhor desempenho. Apesar de atletas serem um grupo de risco para o transtorno dismórfico muscular, sejam do sexo masculino, sejam do sexo feminino como foi visto, existem mulheres não atletas que apresentam o distúrbio. Mulheres que treinam

regularmente com peso e tenha um histórico psicológico anterior com algum transtorno alimentar, apresentam risco de desenvolver o transtorno (GRUBER ET AL, 1999-2000).

Um estudo de caso feito por James Leone da School of Education and Allied Studies, Bridgewater State College, MA (Escola de Educação e Estudos Afins), mostra toda a trajetória de uma fisiculturista norte-americana. O primeiro contato com atleta foi na primavera de 2003, quando foi inscrita num programa de educação física da faculdade. Ela, de início, conversou sobre suplementos esportivos e aminoácidos e logo ela revelou que gostaria de participar de uma competição de levantamento de peso nos próximos meses. A partir disso, ela assinou um termo de voluntária, com o consenso da faculdade, para ser entrevistada, responder questionários e manter contato para o acompanhamento das informações. O contato e diálogos com esta pessoa progrediu durante três anos.

A atleta é uma mulher saudável, no início do estudo com 23 anos, possui 1,524cm de altura e 49,2 kg de massa corporal. Ela teve um problema ortopédico nos tornozelos por ter sido ginasta, mas não apresenta outras patologias. Ela nasceu no Iraque e imigrou com seus pais para os Estados Unidos aos seis anos de idade. É muçulmana praticante, o que inclui orar diariamente, apesar de negar o uso da burka, não bebe álcool e não fuma. A atleta é estudante universitária e solteira, afirma ter uma dieta severa e possui interação social limitada com amigos. Não tem história patológica psiquiátrica.

Na primeira entrevista, em março de 2003, a atleta conta que começou a praticar ginástica aos 7 anos, quando já estava nos EUA. Ela conta sobre sua carreira na ginástica, na qual a melhor fase foi dos 11 aos 18 anos e devido ao problema nos tornozelos precisou parar de competir “prematuramente”, de acordo com as próprias palavras da ginasta.

Na segunda entrevista em dezembro de 2003, ela conta que foi classificada nas competições regionais e que aspirava pelas Olimpíadas, mas devido ao tornozelo parou e injuriada com a situação se sentiu motivada a continuar treinando. Foi quando começou a treinar levantamento de pesos em um clube local, continuando na faculdade e treinando para competições locais e eventualmente para competições nacionais. Aos seus 21 anos, ela havia vários recordes estaduais em levantamento de peso em sua categoria de 46,7kg. Depois ela conseguiu dois recordes nacionais em supino e deadlift (Deadlift é um levantamento de barra, puxando com ambas as mãos até que seu corpo esteja completamente estendido. Empurrando a partir do calcanhar, e levando os quadris para a frente, não puxando com a parte inferior das costas).

Em agosto de 2004, a halterofilista conta que aos 23 anos teve uma hérnia abdominal que limitou seu progresso no levantamento de peso e disse que ficou muito chateada. Sua

massa corporal já havia atingido os 60,8kg e ela apresentava 8% de gordura corporal, um índice baixíssimo para mulheres. Ela passou por uma cirurgia para reparar sua hérnia abdominal e voltou a treinar duas semanas depois da cirurgia contra as ordens médicas. Quando foi perguntada por que ela continuava a treinar, ela disse: “Eu não sei, eu acho que eu só me sinto tendo que fazer alguma coisa...estar ativa.” E começou a treinar para competições de fisiculturistas.

Em fevereiro de 2005, na quarta entrevista, aproximadamente 1 mês após sua cirurgia da hérnia, ela afirmava estar progredindo na sua carreira de fisiculturista disse que foi uma boa decisão sair do levantamento de peso para o fisiculturismo, pois estressava menos seu organismo e tecidos. Em três meses, ela ganhou mais 8,5kg e seu percentual de gordura passou para 3.3% já que se preparava para uma competição estadual.

Durante este período, três questionários foram feitos para terem um controle clínico da situação: o *Adonis Complex Questionnaire (ACQ)*, o *Muscle Dysmorphia Questionnaire-Modified (MDQ-M)*, e o DSM. Estes questionários estão disponíveis nos anexos, mas os resultados em relação à atleta serão aqui discutidos. Duas semanas antes da competição, ela acidentalmente cortou fundo seu punho e foi aconselhada a dar pontos, mas recusou o tratamento e durante aquela mesma noite foi vista na sala de musculação da faculdade treinando. Acabou que na mesma noite precisou dar seis pontos.

Em julho de 2006 foi à quinta entrevista, ela expressou um interesse considerável pelo nível de musculatura que se encontrava e simetria. Ela relatou que acorda às 5 da manhã para fazer 30 minutos de exercício cardiovascular de baixa intensidade, de estômago vazio para alcançar os depósitos de gordura. No meio da tarde ela treina 2,5 horas de musculação. No começo da noite ela treina mais 30 a 45 minutos de treino aeróbio para queimar qualquer caloria remanescente. Ocasionalmente ela treina 20 minutos de exercícios abdominais antes de dormir.

Em relação aos suplementos, ela ingere entre 250 e 350 gramas de proteína por dia mais creatina e suplementos para queimar gordura, mas se recusa a falar sobre anabolizantes. Ela relata que seus estudos na faculdade foram comprometidos devido aos treinos e admite que o foco do seu dia seja quase que exclusivamente dedicado ao fisiculturismo. A quantidade de proteína na dieta normal recomendada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para homens e mulheres brasileiros com idade igual ou superior a 18 anos é de 0,75 g/kg/dia (gramas/ de peso corporal/ por dia). Para mulheres grávidas, ou que estão amamentando, esse valor é mais alto, aumentando a dose em mais 6 g/dia, durante toda a gestação. Ou seja, para uma pessoa de 60kg, 45g de proteína é o recomendado. McArdle et al.(1998), diz que a dieta

para os atletas submetidos a um treinamento de força pode conter mais de três vezes a quantidade necessária de proteínas.

Atualmente a atleta continua no fisiculturismo ao nível nacional. Apesar disso, ela está consciente sobre sua obsessão na dismorfia muscular, mas mesmo assim se recusa a fazer tratamento psicológico. Ela fala como seu estilo de vida está angustiante por causa da enorme quantidade de tempo gasto em ginástica se preparando para futuras competições. Ela não tem planos para parar com o fisiculturismo, apesar do estresse nítido físico e social que ela possui por conta disso.

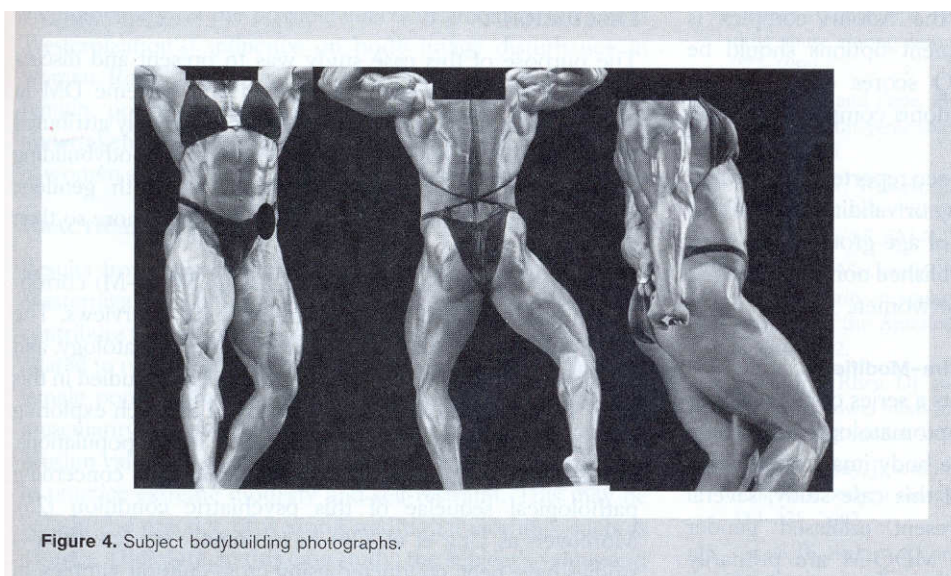


Figura 2- Foto da atleta do estudo em questão.

Sobre os resultados dos questionários aplicados, no Drive for Muscularity Scale , a somatória da pontuação foi de 80, produzindo uma média de 5,33, o que sugere uma predisposição alta para a dismorfia muscular. No Adônis Complex Symptoms, a pontuação total foi de 17, o que indica uma média apresentação de sintomas para a dismorfia muscular. Pontuações entre 10 e 19 apresentam muitos pontos negativos relacionados aos fatores sociais e qualidade de vida. E por último, no questionário Muscle Dysmorphia Symptoms, das 15 questões, a atleta respondeu afirmativamente 11 itens, o que equivale a 73,3% do questionário. De acordo com Pope, homens que respondem a mais da metade destas questões afirmativamente, apresentam um nível grave de dismorfia muscular, afetando a qualidade de vida dos mesmos.

A proposta deste estudo era discutir a dismorfia muscular numa mulher jovem, já que é um transtorno presente nos dois gêneros, apesar dos homens apresentarem mais que as mulheres (HOLDEN & McCREARY, 2002-2000).

Os três resultados da atleta confirmam a dismorfia muscular que está de acordo com as entrevistas feitas com a mesma. Com a maioria das pesquisas sendo feitas com homens, as mulheres passam despercebidas e com as sequelas patológicas relativamente desconhecidas em suas condições psiquiátricas. Neste estudo de caso com a jovem descendente do Iraque, possivelmente é o primeiro estudo com uma mulher do oriente.

Apesar de a dismorfia muscular ser discutida na literatura como um transtorno dos dois gêneros, as vias afetivas e sociais parecem ser diferentes em ambos os sexos. Gruber e Pope (2000) discutiram sobre os sintomas psiquiátricos que poderiam levar as mulheres a utilizar esteróides anabolizantes, incluindo transtorno alimentares para fisiculturismo, “papel de gênero não tradicional” e dismorfia muscular. Algumas precipitações específicas podem explicar o porquê algumas mulheres se assimilam a isto. Num outro estudo, uma mulher usuária de anabolizantes afirmou ter sido estuprada quando criança e a conclusão deste estudo foi que levantamento de peso e utilização de esteróides anabolizantes pode ser representativo de uma resposta de um abuso sexual.

As mulheres continuam precisando ser compreendidas no âmbito da dismorfia muscular. Não é comum obsessão por músculos na maioria da população feminina. Existe um viés particular nos instrumentos utilizados para acessar a dismorfia muscular nas mulheres, além do que instrumentos sensíveis são inexistentes para este segmento da população.

4.3 Dismorfia muscular e homens

De acordo com Botta (2003) existe uma idealização da sociedade de um corpo masculino magro e forte que afeta a imagem corporal dos homens influencia transtornos alimentares em adolescentes e homens adultos. Adolescentes que comparam seus corpos com imagens de pessoas da mídia têm uma tendência maior de obter comportamentos para se tornar musculosos, pensar em utilizar pílulas ou utilizar pílulas para ganhar músculo ou suplementos, algumas destas atitudes colocando em risco sua saúde. Pessoas que comparam com a mídia têm uma tendência maior a distúrbios alimentares e de imagem corporal (BOTTA, 2003).

Enquanto os estudos, que são recentes, investigam os transtornos de imagem e alimentares em homens, várias pesquisas identificaram que existe uma conexão com distúrbios alimentares e de imagem corporal com sintomas afetivos (SANTOS et al, 2007).

Este artigo quer mostrar que sintomas afetivos que influenciam a dissatisfação com o corpo também influenciam a dismorfia muscular.

De acordo com a pesquisa de McFarland et al (2008), análises exploratórias revelam que, depois que a dissatisfação com o corpo passa a estar controlada, sintomas de dismorfia muscular foram significativamente associadas com as variáveis-chave. Baixa auto-estima, e altos níveis de depressão, ansiedade e sensibilidade interpessoal prevêm distúrbios como distúrbio de imagem corporal e juntamente com outros sintomas, a dismorfia muscular. Este estudo dá suporte à hipótese anterior, que depressão é um dos sintomas da dismorfia muscular. Apesar de sintomas de depressão estar relacionado com distorção de imagem corporal e dismorfia muscular, sendo uma variante única, só aparece significativamente na dismorfia muscular. Além disso, pode existir uma relação bilateral entre depressão e dismorfia muscular, sendo a depressão fator influenciável para a dismorfia muscular, da mesma forma que indivíduos com dismorfia muscular podem contribuir para sintomas comórbidos de depressão.

Mesmo quando os efeitos do distúrbio de imagem estão controlados, os sintomas de dismorfia muscular estão associados com outros sintomas de estresse psicoemocional assim como um específico transtorno alimentar. Homens com dismorfia muscular possuem mais tendência a ter um transtorno obsessivo-compulsivo, hostilidade e idéias paranóicas. Devem ser mencionadas as limitações deste estudo, pois os participantes voluntários foram todos de uma mesma universidade, não podendo ter as respostas como generalizadas

Sabe-se dos exercícios físicos que estes são benéficos a saúde física e mental (MALTBY e DAY,2001, for a review), como por exemplo, diminui a depressão e estresse e aumenta a auto-estima e a saúde em geral, mas pessoas que se exercitam para melhorar a aparência não experienciam estes benefícios (STRELAN e HANGREAVES, 2005). O processo dos indivíduos que acreditam serem objetos ou mercadorias quando são olhados e avaliados chama-se auto-objetivação (FREDRICKSON e ROBERTS, 1997). A auto-objetivação tem sido mostrada resultando em ansiedade aparente, vergonha do corpo, sintomas de depressão, baixa satisfação corporal, baixa auto-estima e transtorno alimentar.

Num estudo com 153 participantes, 82 homens e 71 mulheres entre 18 e 35 anos procurou os motivos da procura do exercício físico. Foram utilizados cinco questionários sobre os seguintes assuntos: Hábitos de Exercício Físico (quantas horas por semana); Razões para Exercitar-se (controle de peso, atratividade, tônus muscular, exercitar-se, melhorar o humor); Auto-objetivação (baseado nos atributos físicos e aparência); Estima Corporal e Auto-estima.

Homens e mulheres que se exercitam pela aparência têm maior chance de apresentar baixa estima corporal, e tanto os homens quanto as mulheres que se auto-objetivam tem maior propensão para exercitar pela aparência, conseqüentemente têm maior chance de ter baixa estima corporal. Os benefícios dos exercícios físicos não são tão vivenciados para pessoas que se auto-objetivam (MALTBY e DAY, 2001). O que mostra que este é um fator de risco para a pessoa ter uma imagem corporal negativa (McKINLEY, 1998; STRELAN ET AL, 2003). Não há relação entre auto-objetivar com exercício/saúde e humor/prazer entre os homens que se exercitam, mesmo que o índice de auto-objetivação seja alto ou baixo. Estas pessoas deveriam ser estimuladas a exercitar-se pelos benefícios da prática física, usufruir dos ganhos psicológicos e físicos. Uma pessoa que não usufrui dos benefícios e treina por auto-objetivação não necessariamente mudará sua imagem corporal positivamente. Por exemplo, uma pessoa com alto índice de gordura corporal, ao emagrecer nem sempre tem uma satisfação corporal correspondente. É importante lembrar que desejar ter uma aparência melhor, não necessariamente quer dizer que deseja se sentir melhor. Portanto, o que este estudo mostra é que tanto para homens, quanto para mulheres, treinar com a resposta específica de auto-objetivação só agrava o problema.

Num estudo feito por Harvey e Robinson (2003) levantam a hipótese que o HIV pode ter contribuído, na década de 1980, para que os homens homossexuais ou não, desejassem um físico musculoso. Os doentes aidéticos adquirindo uma aparência de magreza transpareciam falta de saúde, isto estimulou os homens homossexuais a desejarem corpos musculosos. Mas de acordo com Pope e Olivardia (2000) o desejo de ser musculoso e definido é igual entre homens heterossexuais e homossexuais. Este estudo se focou nos transtornos alimentares, citando anorexia, bulimia e dismorfia muscular.

Uma diferença no critério para transtorno alimentar dos homens, em relação às mulheres, é que nos homens existe a dieta de suplementos e abuso de esteróides anabolizantes. Pessoas que usam esteróides anabolizantes apresentam maiores índices de uso de substâncias como cigarro, álcool, marijuana, ácido, cocaína e crack. Estas pessoas usualmente apresentam baixa auto-estima e altas taxas de depressão. Tanto homens quanto mulheres que utilizam esteróides anabolizantes procuram se envolver com esporte que exija mais peso.

Em uma revisão de artigos feita por Striegel-Moore, Garvin, Dohm e Rosenheck (1999) procurando por comorbidade psiquiátricas em homens com distúrbio alimentar, encontraram alto nível de comorbidade com os seguintes transtornos: de humor, abuso de

substâncias/dependência, esquizofrenia e outros. O ciclo de pensamento entre homens com DM sobre o corpo pode ser comparado com um transtorno obsessivo-compulsivo.

É mais fácil achar pessoas com DM em centros cirúrgicos do que a procura de tratamento. Pessoas com o transtorno procuram um corpo físico ideal, fazendo também plásticas, implantes de próteses e cabelo, lipoescultura, lipoaspiração, rinoplastia e devido a esta procura, que também procuram esteróide anabolizante (HARVEY ET AL, 2003).

Um estudo feito em 2001 por Hitzeroth notou que cinco em cada quinze homens com transtorno dismórfico corporal (TDC), possuíam dismorfia muscular. Em 2005, Pope et al fizeram um estudo com o objetivo de comparar homens com TDC com dismorfia muscular e homens com TDC sem dismorfia muscular.

Homens com DM se preocupam com mais partes do corpo do que homens com TDC, mas quando comparam os dois grupos sem levar em conta a preocupação com os músculos, os dois grupos são semelhantes. Entre os homens com DM a principal preocupação são os músculos, seguidos de cabelo e depois a pele, enquanto os homens com TDC preocupam-se mais com cabelo e pele. Comparando comportamento entre os dois grupos, ambos possuem “checagem no espelho” e se escondem partes do corpo com roupas.

Os homens com DM têm maior propensão para tentativas de suicídio e grande parte deles teve transtorno alimentar em algum momento da vida antes da DM. Este grupo tem uma tendência maior a comportamentos compulsivos, psicopatologias que influenciam a qualidade de vida, maior prevalência de substâncias psicoativas e de esteróides anabolizantes. Num outro estudo feito por Pope et al(2003) foi percebido que homens que utilizam esteróides anabolizantes têm uma propensão maior ao abuso de substâncias e se tornarem dependentes. Não ficou claro porque homens com DM têm um maior comprometimento, mas os pesquisadores levantaram a hipótese que a soma da preocupação com mais partes do corpo, com atitudes compulsivas amplificam o estresse e o comportamento típico de pessoas com TDC. Por isso DM é um tipo de transtorno dismórfico corporal, mas que tem comorbidade, pois possui a adição de outros sintomas.

Devido ao fato da DM ocorrer juntamente com outras manifestações do TDC, espera-se que a DM responda ao mesmo tipo de tratamento, com inibidores de serotonina ou terapia cognitivo-comportamental. De qualquer forma os sintomas de DM precisam ser ainda estudados.

Cafri, Olivardia e Thompson (2008), devido ao fato, até então, de somente existir uma pesquisa quantitativa sobre dismorfia muscular, decidiram investigar profundamente as características sintomáticas e as condições psicológicas associadas com o transtorno. Os

autores se preocuparam em aperfeiçoar a validação da pesquisa baseados nas limitações do último estudo.

Existe a hipótese que homens que tiveram dismorfia muscular ou que apresentam o transtorno têm grandes chances de possuir condições psiquiátricas (transtorno de humor, transtorno de ansiedade) em comparação com aqueles que nunca tiveram o transtorno. Baseados nisso, procederam ao estudo com três grupos, um grupo controle que nunca havia tido dismorfia muscular (n=28), um grupo que teve dismorfia muscular no passado (n=8) e um grupo que apresentava o distúrbio (n=15). Os 51 participantes tinham de 18 a 40 anos, Foram testadas duas hipóteses, a primeira que homens com dismorfia muscular possuem mais sintomas que os homens que tiveram dismorfia muscular no passado. E a outra hipótese foi a que homens que já tiveram dismorfia muscular em algum momento de sua vida, atual ou não tenha mais transtornos do que homens que nunca tiveram dismorfia muscular.

As medidas utilizadas por Guy Cafri foram feitas na seguinte ordem:

- *The Muscle Appearance Satisfaction Scale*: Consiste em 19 itens com sete pontos de escala e considera as subescalas de dependência de treino, checagem de aparência, suscetibilidade ao uso de substâncias, injúria e satisfação muscular. (POPE et al, 1997).

-*The Muscle Dysmorphic Disorder Inventory-Functional Impairment subscale*: sete itens com cinco pontos na escala. Avalia o quanto a busca por uma maior musculatura afeta a vida social, acadêmica e a função ocupacional do indivíduo. (FINKELHOR et al, 1979)

-*Body dysmorphic disorder diagnostic module*: É uma entrevista semi-estruturada baseada no *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, usada para determinar se o diagnóstico de dismorfia muscular está apropriado em cada caso. (SAS/STAT Software, 1997).

-*Body dysmorphic disorder modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*: É uma entrevista semi-estruturada que acessa a gravidade dos sintomas do transtorno dismórfico corporal relacionadas a pensamentos, comportamento, compreensão e revogação. (HUDSON et al, 1990).

-*Muscle Dysmorphia Symptom Questionnaire*: É uma entrevista com cinco ítems para obter informações mais detalhadas de sintomas específicos de dismorfia muscular. Num estudo anterior, os homens com dismorfia muscular apresentaram resultados muito mais altos que o grupo controle, o que sugere a validação deste instrumento (SIBERSTEIN et al, 1989).

-*The SCID- research version*: Esta é uma entrevista semi-estruturada para avaliar o transtorno presente ou passado (POPE et al, 1999).

-*Body Mass Index*: O índice de massa corporal foi calculado se baseando na altura e peso.

Depois destas entrevistas e questionários, 15 homens estavam de acordo com os critérios clínicos para corrente dismorfia muscular, 8 homens apresentaram que tiveram dismorfia muscular no passado e 28 homens apresentaram-se livres de qualquer dos sintomas. Dos homens com dismorfia muscular corrente (n=15), 67% indicaram que gastam 3 horas por dia pensando na musculatura. Nove deles (60%) apresentaram comportamentos de evasão social, de atividades, pessoas, lugares, por conta da aparência. Doze (80%) deles mostraram que tem pouco ou não tem controle sob as atividades de musculação. Um deles afirmou exercitar-se sete dias na semana, duas vezes por dia, durante 1 hora e meia cada sessão de treino. Treze deles mostraram que as sessões de treino interferem na vida deles, como um que estava desempregado, recusou duas propostas de emprego recentemente, pois os trabalhos não permitiriam que continuasse seus treinos e fizesse as refeições na frequência que ele desejava.

Na comparação do grupo com DM corrente com o grupo que nunca teve somado com o que teve no passado, mostrou que o grupo com DM se preocupa mais com os músculos, checam sua aparência mais vezes no espelho, dependência de treino e mais prejuízos funcionais, o que foi mostrado no *MD Disorder Inventory*. Na comparação entre o grupo que possui história com a DM (seja ela corrente ou passada) e o grupo que nunca teve DM, o grupo com história com DM apresentou taxas mais altas de transtorno de humor e de ansiedade. Entre os indivíduos que experienciaram algum transtorno de humor, a maioria teve depressão, no grupo DM, n=15 (65%); no grupo controle n=8 (29%).

Entre os indivíduos que possuem DM e transtorno de ansiedade, n=4 (17%) possuem síndrome do pânico, transtorno pós-traumático (n=2, 9%), transtorno obsessivo-compulsivo (n=1, 4%), fobia específica (n=1, 4%), fobia social (n=1, 4%) e transtorno de ansiedade generalizado (n=1, 4%). No grupo controle, um homem teve síndrome do pânico (4%) e outro teve transtorno de ansiedade generalizada (4%). Em relação ao uso de esteróides anabolizantes, 46% dos indivíduos do grupo com DM (no presente ou passado) utilizavam, contra 7% do grupo que nunca havia tido DM.

Os resultados mostraram que indivíduos com DM se diferem dos levantadores de peso normais, nos sintomas patológicos e comorbidade psicológica. Essa avaliação com combinação de vários métodos da força ao estudo (entrevista estruturada, entrevista semi-estruturada, medidas de vistorias). Esta pesquisa foi importante, porque até então nenhuma pesquisa havia apresentado dados com indivíduos que realmente apresentavam a DM. Neste estudo, os indivíduos com DM apresentaram altas taxas de transtorno de ansiedade e depressivos.

Este estudo possui uma amostra de pessoas muito pequena o que é preocupante para as taxas estatísticas. Futuramente devem ser feitos estudos com maior número de pessoas e, além disso, devem fazer melhoramentos nas áreas na qual este estudo foi limitado, principalmente entre adolescentes, no qual há uma escassez de pesquisas relacionadas a DM.

No primeiro estudo citado, dirigido por Olivardia, Pope e Hudson, houve alguns instrumentos diferentes como *Finkelhor`s Life Events Questionnaire e family-childhood interview* e outro que acessa as psicopatologias na família, as relações familiares, orientação sexual e abuso sexual. Este primeiro estudo não incluiu alguns instrumentos que estiveram presente no segundo estudo como o *The Muscle Appearance Satisfaction Scale e The Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*.

De acordo com os resultados, 24 homens estavam de acordo com os critérios de DM e 30 homens não possuíam o transtorno. Este estudo utilizou somente dois grupos, homens com DM e o grupo controle que seria homens sem DM. Dos 24 com o transtorno, doze (50%) relataram gastar mais de 3 horas por dia pensando na musculatura, assim como no segundo estudo, parte também mostrou gastar mais de 3 horas. Catorze (58%) relataram evitar atividades, lugares e pessoas devido ao defeito em seus corpos. Treze (54%) disseram não ter controle sob os exercícios de musculação e as dietas. Dois deles relataram abandonar empregos com boa remuneração para irem trabalhar em academias, assim poderiam treinar por si.

Neste primeiro estudo, também foram comparados os transtornos entre o grupo com DM e o grupo controle. Catorze (58%) dos homens com DM relataram ter em suas vidas transtornos depressivos e bipolares contra seis (20%) do grupo controle. Sete (29%) dos homens com DM relataram ter transtorno de ansiedade contra um (3%) do grupo controle e sete (29%) do grupo com DM relataram ter uma história com anorexia nervosa, bulimia ou transtorno de compulsão alimentar contra nenhum do grupo controle.

Dos 14 homens com DM que relataram ter tido depressão ou transtorno bipolar, o transtorno de humor ocorreu um ano antes da DM em seis casos (43%), um ano depois da DM em 6 casos (43%) e dois deles tiveram o transtorno depressivo ou bipolar no mesmo ano em que passaram a ter os critérios para dismorfia muscular.

Onze (46%) dos vinte e quatro homens contra dois (7%) do grupo controle confessaram utilizar esteróides anabolizantes. Dos onze sujeitos que usaram esteróides

anabolizantes com DM, oito (73%) deles usaram um ano depois de ter DM, um deles (9%) utilizou um ano antes da DM e no mesmo ano foram dois (18%).

Cinco (21%) dos homens com DM e cinco (17%) do grupo controle disseram que sua orientação sexual era homossexual. Duas das academias que encontraram os participantes tinham predomínio de alunos gays. Mas não há diferenças significantes nos resultados dos questionários em relação ao comportamento sexual.

Sete (29%) dos 24 sujeitos com DM relataram que violência entre pai-mãe ocorreu algumas vezes ou freqüentemente durante seu crescimento contra um (3%) do grupo controle. Violência entre mãe e filho ocorreram as vezes ou frequentemente em oito (33%) dos indivíduos com DM contra um (3%) do grupo controle.

Entre os homens com DM, os transtornos comórbidos aconteceram antes e às vezes depois da dismorfia muscular ocorrer. Além disso, pode haver uma predisposição genética ou ambiental em comum para ambos os transtornos surgirem. Por exemplo, a DM, assim como outras formas ou transtorno dismórfico corporal, pode ser parte do transtorno obsessivo-compulsivo (PHILLIPS et al, 1995) ou um distúrbio de afetividade (HUDSON et al, 1990). Se assim for, é provável que a DM responda aos tratamentos que já demonstraram ser eficazes nestes transtornos que possuem uma base em comum, como a terapia cognitivo-comportamental e medicação antidepressiva.

A fenomenologia da DM é parecida com a de muitos aspectos da fenomenologia dos transtornos alimentares. Em uma análise anterior (OLIVARDIA et al, 2000), os homens com DM se assemelham em vários índices com homens universitários com transtornos alimentares, ao passo que os levantadores de peso comuns se assemelham com os universitários sem transtornos alimentares. Devido a isso, dá para entender o porquê da expressão “anorexia nervosa reversa”, pois possuem características paralelas notáveis (OLIVARDIA et al, 2000).

Hildebrandt, Langenbucher e Schlundt (2003) desenvolveram uma pesquisa bastante abrangente em relação à muscularidade dos homens que sugere que o distúrbio de imagem corporal em homens relaciona dois fatores: o desejo de aumentar a musculatura e a redução de gordura corporal. Estes dois aspectos refletem o desejo de alcançar um ideal corporal musculoso e magro, seja aumentando a massa magra, diminuindo a gordura ou os dois aspectos juntos, dependendo da pessoa. Yelland and Tiggemann (2003) descreveram a partir

de estudos que entre os homossexuais, o ideal é o mesmo, musculoso e sem gordura. Pope, Phillips, e Olivardia (2000) relataram que homens idealizam um corpo com 12,70 kg mais musculoso do que possuem. Ambos os estudos indicam que o ideal corporal é obter mais massa magra.

Este estudo descreve o desenvolvimento e propriedades psicológicas de duas medidas projetadas para acessar o distúrbio de imagem corporal encontrado nos homens com dismorfia muscular. Foi baseado nos critérios de diagnóstico de dismorfia muscular e envolveu os aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e a dimensão do percentual de distúrbio de imagem corporal. Estes fatores são todos necessários para uma boa avaliação da imagem corporal do indivíduo, isso foi baseado na descrição feita por Thompson, Heinberg, Altabe, and, Tantleff-Dunn (1999).

No método, foi desenvolvida uma medida utilizando o Inventário de Dismorfia Muscular (MDDI; SCHLUNDT, WOODFORD, BROMLEE,2000) com algumas modificações, totalizando 21 questões. Estas questões avaliam cognição, comportamento e características emocionais. As questões adicionadas avaliaram os três fatores de diagnóstico da dismorfia muscular, o “desejo pelo tamanho”, “ansiedade aparente e evasão social”, e “comprometimento funcional”. Os participantes avaliaram todas as questões em cinco pontos, numa escala do “nunca” ao “sempre”.

No subitem “desejo por tamanho” (*DFS- desire for size*) a escala consistiu sobre pensamentos sobre ser menor, menos musculoso, mais fraco do que deseja, desejo de aumentar tamanho e força. Esta mudança foi feita pela preocupação na inadequação do tamanho como Pope et al (1999) descreve. Na escala do item “Intolerância com aparência” (*AI- appearance intolerance*) consistiu em perguntas sobre as crenças negativas do próprio corpo resultando na ansiedade corporal e a exposição do corpo evitada. Afinal cognições negativas e manifestações comportamentais fazem parte da dismorfia muscular. Finalmente, o item “comprometimento funcional” (*FI- Functional Impairment*) consistiu em questões sobre comportamento relacionado à rotina de treinamento, emoções negativas quando desviado da rotina de treinamento, situações de evasão social devido a sentimentos negativos e preocupação com o corpo.

Foi montada uma “Grade de construção de imagem”. A grade de construção de imagem foi desenhada para medir o percentual do distúrbio de imagem corporal nos homens. A grade tem duas versões, A BIG-O, que seria a original e a BIG-S, que seria a grade com escalas. A BIG-O permanece de acordo com escalas de silhuetas anteriores que variam ao longo com características. As silhuetas utilizadas no BIG-O e Big-S variam ao longo com

musculatura e gordura corporal. Nas instruções, foi pedido para que os participantes individualmente fizessem quatro escolhas: escolhessem a figura que melhor representa o corpo atual deles; a figura que representa o ideal de corpo pra eles; a figura mais atraente e a figura mais atraente para o sexo oposto. Esta escala foi feita com a intenção de ser usada para homens independente da opção sexual dos mesmos. Para mulheres, as instruções do BIGO/BIG-S foram para escolherem a figura que mais acharam atraentes. Estes resultados de atratividade não se encontram neste artigo.

T. Hildebrandt et al. / Body Image 1 (2004) 169-181

171

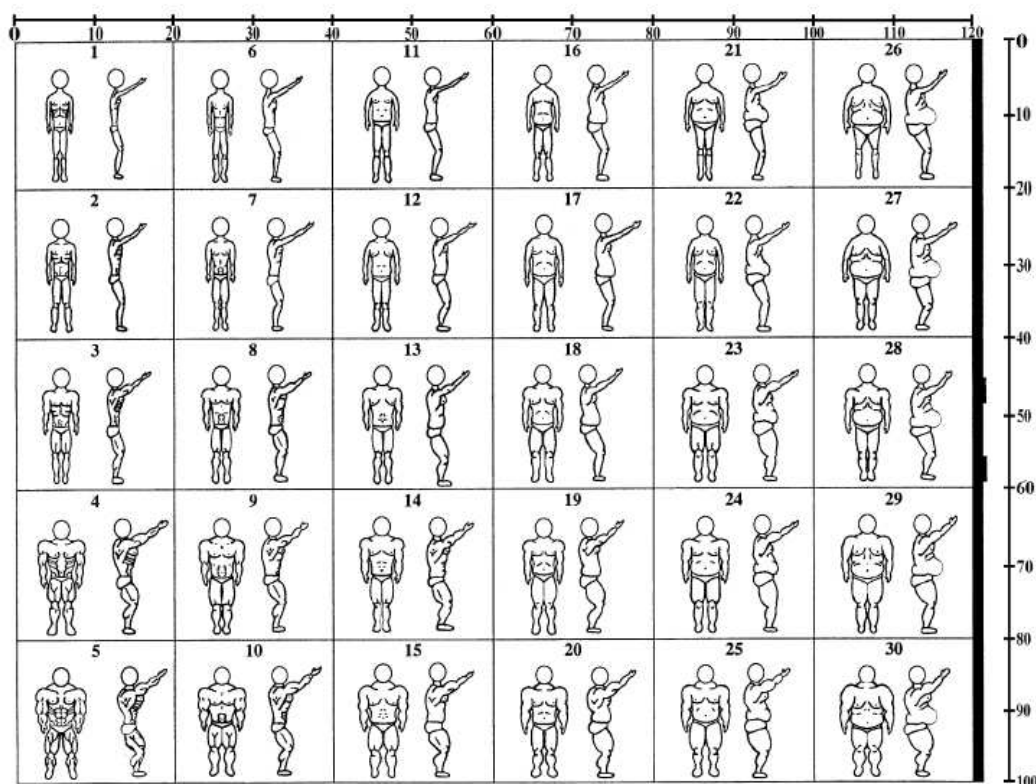


Fig. 1. The bodybuilder image grid. Both versions are visible, however, to use the BIG-S remove the numbers from atop each figure and to use the BIG-O remove the scales from the grid.

Figura 3- Grade de imagem de construção de imagem.

A grade BIG-O tem duas escalas para medição. Uma longitudinal que se refere às colunas relacionadas da menor à maior presença de gordura e a outra latitudinal que se refere à menor ao maior nível de massa magra.

Para criar esta grade de figuras foram escolhidos candidatos de acordo com gordura corporal e massa magra. O índice de gordura corporal variou de 5,7 a 34%. Os artistas que desenharam os bonecos utilizaram fotos para as imagens menos comuns. É importante

salientar que foram incluídas figuras com proporções de musculatura irrealizáveis sem o uso de esteróides anabolizantes.

Considerando as silhuetas de uma forma mais grosseira, o BIG-S foi desenvolvido pela colocação de escala de 0 a 120 em cima das colunas e de 0 a 100 ao lado direito da grade para permitir que os indivíduos consigam distinguir melhor as figuras. Nesta versão, os participantes receberam as instruções como no BIG-O com a exceção que foi perguntada para escolherem de acordo com a escala de porcentagem de gordura e porcentagem de massa magra.

Os dados que discutem as características da dismorfia muscular e os que distinguem a dismorfia muscular de um interesse na prática física saudável são limitados. Normalmente são descritos estudos (até o ano de 2004, ano do estudo em questão) experimentais que sugerem as características principais do distúrbio como a preocupação de ser mais forte, dissatisfação com corpo, evitar mostrar o corpo e prejuízos funcionais. Estas características perdem um pouco o valor quando Thompson et al (1999) defini os fatores multidimensional do distúrbio de imagem, no qual inclui aspectos perceptivos, cognitivos, emocionais e distúrbios comportamentais relacionado ao desejo de ser mais esbelto e forte. O MDDI e BIG-O englobam estas características da dismorfia muscular com sucesso.

No MDDI, o desejo por tamanho, a intolerância com a aparência e os prejuízos funcionais estão inter-relacionados, entretanto, a análise de regressão mostrou que as sub-escalas individuais são os melhores preceptores para os três pontos que constroem a dismorfia muscular. Como no quesito do prejuízo funcional é correlacionado o tempo gasto em musculação, a quantidade de suplementos utilizada, e sintomas de bulimia, sugerindo que o prejuízo funcional é representado por múltiplos fatores comportamentais devido à preocupação de ser esbelto e forte. Além desta observação, a presença deste item mostra a tentativa de mensurar a interferência dos sintomas da dismorfia muscular com o funcionamento individual. Além disso, o MDDI dispõe a avaliação de pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados com o distúrbio, o que dá consistência teoricamente a definição multidimensional do distúrbio de imagem corporal.

Tanto o BIG-O quanto o BIG-S mostraram validade convergente e divergente, e providenciaram uma medida confiável dos percentuais de distúrbios que é consistente com o desejo masculino de ser mais magro e mais forte. Este estudo mostra que é importante ressaltar a musculatura e a gordura corporal nos estudos de distorção de imagem para homem, já que o desejo por tamanho está relacionado à musculatura e a insatisfação com a aparência foi correlacionada com a gordura corporal e não com o desejo por tamanho. O que sugere a

necessidade de mais pesquisas relacionando a dismorfia muscular com a distorção de imagem corporal.

O MDDI possui algumas limitações como a falta de validade para as mulheres. É possível que seja diferente para elas, com o desejo de crescer seja em outras partes do corpo. Apesar do que o maior grupo de risco seja os levantadores de peso, a dismorfia muscular também é possível em mulheres e homens não levantadores de peso. Uma segunda limitação a este questionário é a falta de comparação entre os exemplos atuais com os exemplos de diagnóstico clínico. Apesar de o MDDI ser útil para definir os sintomas de dismorfia muscular, não é apropriado para diagnosticar.

No BIG-O e BIG-S, as limitações são a falta de validação explícita com um exemplar clínico de indivíduos diagnosticados com dismorfia muscular. Mas em compensação são designados para mensurar o percentual de distúrbio entre o corpo real e o corpo desejado, da mesma forma que a atratividade. Os dados relacionados à atratividade não estão presentes neste estudo, mas serão utilizados em estudos futuros. Estudos nesta questão são importantes pra saber o quanto o sexo oposto pode influenciar a ponto de ser uma causa, assim como a mídia influencia. O artigo é finalizado aconselhando que este estudo devesse ser aplicado em outras nacionalidades e com opções sexuais diferentes.

De acordo com Thompson e Cafri (2007), os artigos acadêmicos que se focam em musculatura ideal aumentaram em 731%. No período entre 2000 e 2007, comparados com os sete anos antes destes. Para Alexander (2003), uma mulher musculosa ameaça a masculinidade de um homem, da mesma forma que a masculinidade é impulsionada pelo medo de ser feminina ou ser menos do que um homem deveria ser. Holmlund (1997) fundamentou que a imagem de uma mulher musculosa aumenta a ansiedade no homem devido à ameaça que esta dá de abolir a distinção visível entre eles. A mulher musculosa pode ameaçar a dominância na sexualidade do homem, no sexo, no gênero, no local de trabalho e no poder social (RANDALL et al, 1992). Uma citação, traduzida por mim, é colocada por Klein (1993):

“O caminho percorrido por aqueles que desejam acumular carne tem muito mais a ver com inseguranças de gênero. Ser homem, na nossa cultura, foi ligado a ocupações perigosas e exigentes e funções, como guarda de fronteira, soldado, policial e médico. Mas a era dourada quando "os homens eram homens" já passou, e os papéis tradicionalmente poderosos ou já não são específicas de gênero. Assim, muitos homens fisiculturistas ter agarrado a si a única característica dá-lhes a hegemonia sobre as mulheres, o seu tamanho.” (KLEIN AM: Man

makes himself: alienation and self-objectivation in bodybuilding. *Play & Culture* 1992; V.5. p.327-337)

Roach e Eigher (1973) sugerem que o ideal humano é ditado pela sociedade e que muda de acordo com as culturas (CREEKMORE et al, 1979). Baghurst e Lirgg (2009) supondo que o envolvimento com esportes que focam o tamanho muscular e força facilita a DM. Conseqüentemente, a proposta do estudo deles foi identificar traços diferentes associados a DM entre jogadores de futebol (n=66), pessoas que treinam musculação pelo físico (n=115), fisiculturistas naturais (n=65) e fisiculturistas não naturais (n=47). Todos os participantes obrigatoriamente praticavam musculação no mínimo três vezes por semana, por no mínimo de 45 minutos por sessão. A diferença entre os fisiculturistas naturais dos não naturais, é que os fisiculturistas naturais passam por teste antidoping, enquanto os não naturais, participando ou não de competições, não passam por teste antidoping.

Os instrumentos utilizados no estudo foram:

-Demographic Questionnaire (DQ): Neste os participantes respondiam idade, altura, peso e etnia.

-Exercise Specific Questionnaire (ESQ): Este determina a situação da prática física passada e atual do participante. Para todos os participantes foram perguntados quantos anos de treinamento, frequência, tipo de treino e o motivo de treinar. Para os dois grupos de fisiculturistas ainda foram perguntados quantos anos que praticam o fisiculturismo e o número de competições completadas.

-Muscle Dysmorphia Inventory (MDI): Este foi utilizado para avaliar os critérios da DM, na qual foi dividido em seis subescalas. (Tamanho/Simetria; Proteção Física- o quanto escondem seu corpo; Dependência de exercícios físicos; Suplementos utilizados; Comportamento em relação à dieta e o uso de anabolizantes).

Apesar de terem a hipótese que o grupo de fisiculturistas não naturais (NNBB) apresentaria pontuações mais altas que os outros grupos em todas as escalas do MDI, quando comparado com o grupo de fisiculturistas naturais (NBB), o NNBB não ultrapassou significativamente nenhuma escala com exceção em relação aos esteróides anabolizantes. Baseado nesta pesquisa, o grupo NBB não alcançou pontuações significativamente menor em nenhuma outra escala do MDI. Tanto o NNBB, quanto o NBB são competidores de fisiculturismo e gostam de investir pesado no corpo. Apesar de tudo, o uso de esteróides anabolizantes pode ter sido escondido devido ao receio da exposição entre os competidores naturais (POPE ET AL, 2000).

Um ponto positivo neste estudo é que ele compara fisiculturistas com pessoas que praticam musculação devido à sua aparência física e não por saúde, aliás, os que afirmaram malhar por saúde foram removidos da pesquisa. Pickett ET AL (2005) reportou que pessoas que treinam musculação e não são competidores investem na aparência da mesma forma que os competidores, os dados deste estudo suporta esta afirmação parcialmente. O grupo WTP (weight training for physique, treinam com peso pelo físico) pontuou significativamente menos que o grupo NNBB em relação ao uso de anabolizantes, mas não possui diferença com o grupo NBB. Não encontraram diferença entre os três grupos (NNBB, NBB e WTP) em relação à subescala de “tamanho/ simetria”, o que indica que os três grupos dão a mesma importância a este ponto. As escalas que diferenciam o WTP dos grupos NNBB e NBB são “comportamento na alimentação” e “suplementos utilizados”. Talvez falte conhecimento para o grupo WTP sobre a importância da dieta. Outro ponto é que o WTP treina uma média de quatro anos a menos que o grupo NBB e seis anos a menos que o grupo NNBB.

Lantz ET AL (2001) sugere que atletas fazem parte do grupo de risco do transtorno de dismorfia muscular, mas o grupo de atletas de futebol americano que participou do estudo não atingiu pontuação maior em nenhuma subescala do MDI em relação aos outros grupos, com exceção da Proteção física, que está relacionada ao quanto se esconde o corpo com roupas. A maior parte dos participantes deste grupo eram altos, jovens e descendentes de negros. Alguns estudos com adolescentes afro- americanos mostraram que estes não são tão influenciáveis pela mídia como os adolescentes brancos, talvez pelos modelos nas revistas forem em sua maioria brancos. Mais pesquisas devem ser feitas relacionando distorção de imagem e etnias diferentes. Outro ponto relevante, é que por serem jogador de futebol americano, estes utilizam muita roupa quando estão em competição, o que pode ter influenciado o resultado. O grupo dos atletas apresentou uma pontuação muito maior no uso de anabolizantes do que o grupo WTP e NBB, apesar do que o NBB já se esperava, devido ao fato de participarem de teste antidoping antes das competições. Uma limitação deste estudo é que não foi analisado a posição do atleta em relação às pontuações e o quanto cada um necessita de maior força, elasticidade ou resistência.

Seria importante pesquisar a diferença entre etnias, mas especificar se é país de origem ou país de residência, que a pessoa viveu maior tempo. Outra limitação seria definir o porquê de se tornar fisiculturista natural ou não natural, o que é muito relevante e não está presente neste estudo. Qual seria a razão do uso de esteróides anabolizantes entre fisiculturistas? Assim sendo, este estudo mostra que precisam clarear as diferenças ente fisiculturistas naturais e não naturais, questiona o uso de esteróides anabolizantes com a dismorfia muscular; mostra que

quem treina pelo físico tem traços relacionados com a DM, mas diferencia muito dos NNBB e NBB no quesito do uso de suplementos e alimentação e por fim que os jogadores de futebol não apresentam traços de DM como os outros grupos.

Muitos estudos, utilizando diferentes escalas, foram feitos para avaliar a percepção da imagem corporal em mulheres (THOMPSON, 1996), normalmente para diagnosticar bulimia e anorexia. A partir do momento que foi percebido a distorção de imagem corporal nos homens, iniciou-se os estudos nestes, com ênfase na dismorfia muscular, devido à maior ocorrência deste transtorno entre os homens. Devido a estes estudos serem recentes, os instrumentos de avaliação não foram tão desenvolvidos ainda (COHN, 1992; NORTON, 1996). Os indivíduos com dismorfia muscular apresentam distúrbios psiquiátricos mórbidos. Recusando expor o corpo, deixando de ter uma vida social saudável para poder treinar, usando substâncias ilícitas (POPE, 2000).

Pope ET AL tinham a hipótese, ao fazer esta pesquisa, que nos Estados Unidos e na Europa os homens desejam um corpo mais forte e que os homens acreditam que as mulheres preferem homens magros e musculosos. Mas a estimativa desta crença dos homens deve ser diferente da preferência real das mulheres.

Para testar estas hipóteses, Pope ET AL desenvolveram um instrumento computadorizado, o “somatomorphic matrix” para medir a percepção de imagem corporal em populações clínicas e gerais. Desenvolveram a versão masculina e feminina, cada um com seus detalhes. A versão masculina é composta por 100 figuras, representadas por 10 graus de gordura e 10 graus de musculatura e com tamanhos uniformizados. A variação de gordura das imagens variaram de 4% até 40%. Um homem típico de 30 anos possui o FFMI (fat free mass index- índice de massa magra) de 20kg/m²; um homem com 18kg/m² mostra uma aparência frágil, enquanto homens com 22 kg/m² mostra-se mais musculoso. Um FFMI de 25-26kg/m² é o limite que um homem pode chegar a ter de massa magra sem o uso de esteróide anabolizante.. Com os anabolizantes este nível pode chegar aos 30kg/m² para alguma competição de fisiculturismo. No somatomorphic matrix é pedido que eles escolham uma imagem para representá-lo, a imagem de um corpo ideal, a imagem que considera a de um corpo adequado para um homem na idade dele e uma imagem que acredite que seja a mais atraente para o sexo oposto (ou no caso de homossexual, para o parceiro).

O somatomorphic matrix foi administrado em três faculdades de três países diferentes, Estados Unidos com 81 candidatos, Áustria com 54 candidatos e França com 65 candidatos. Os candidatos da Áustria possuíam uma média de idade maior, devido ao fato, que lá as pessoas não se formam antes dos 25 anos. E os americanos eram mais baixos, gordos e mais

musculosos que os europeus. Primeiramente mediram a altura dos candidatos, peso e gordura corporal com o adipômetro.

Alguns candidatos reclamaram que as imagens do computador não se pareciam com seu tipo físico, como por exemplo, jogadores de futebol que possuem a perna mais grossa do que a parte de cima do tronco. E as imagens eram baseadas em homens com a parte de cima do tronco maior do que a parte de baixo, mas foi pedido que escolhessem o mais próximo.

Na Áustria e Estados Unidos, apresentaram algumas diferenças na gordura corporal apresentadas pelos participantes e na figura a qual eles escolhiam, as figuras apresentavam mais gordura que a imagem real. Já nos franceses, que possui a média de peso mais baixa dos três países, tinham mais gordura do que as imagens escolhidas de acordo com as perguntas. Os austríacos possuem menos massa magra que os franceses e os franceses possuem menos massa magra que os americanos. Nos três países os homens acreditaram serem modestamente mais musculosos do que realmente eram, mas a distância do corpo dos mesmos com o corpo ideal deles era grande. Os homens no geral desejam ter 13 kg a mais de músculos do que possuem. Tanto os americanos, quanto os europeus acreditam que as mulheres gostariam que tivessem 14 kg a mais de músculo, o que na verdade não acontece, visto que elas preferem os homens com a média muscular de acordo com os homens de sua cultura ($20\text{kg}/\text{m}^2$).

Não está claro porque os homens acreditam que as mulheres preferem que eles sejam mais fortes e este desejo dos mesmos. Existe a hipótese da influência da mídia e da exposição, tanto em cinema como em brinquedos, como o estudo apresentado por Pope (1999) dos brinquedos de ação e citado também neste artigo. Os homens dos três países apresentaram respostas equivalentes, a maior diferença entre eles foi ao tipo físico de acordo com sua nacionalidade.

O mesmo somatomorphic matrix foi administrado num estudo em Taiwan com 55 homens e os resultados foram comparados com o estudo feito nos Estados Unidos. Nos dois países os homens mostraram uma preferência por ser mais musculoso (POPE et al 2005), mas mesmo assim, os resultados foram bem diferentes. Os americanos valorizam mais o corpo como forma de mostrar masculinidade, enquanto os chineses valorizam a masculinidade de outra forma, a independência de espírito e de pensamento, coragem, força mental, atitude, o que inclusive é mostrado em filmes orientais. Existe a hipótese que pelo fato da menor valorização corporal, devido a isso os chineses mostraram mais satisfeitos com seu corpo. Enquanto os homens americanos desejam ter 13 kg a mais de músculo, os chineses mostraram querer ter 3 kg somente a mais de músculo e menor índice do uso de esteróides anabolizantes.

Se analisar a história de cada um destes locais, antigamente o ocidente já cultuava o corpo, exemplificando pela Grécia e Roma e os jogos Olímpicos. Enquanto na China foi cultuada a tradição que o cérebro masculino é dominante. Pope et al levantam a questão de até quando os orientais conseguirão resistir as influências do ocidente.

4.4 Dismorfia muscular e o uso de esteróides anabolizantes

Os esteróides anabolizantes são utilizados ilicitamente por indivíduos, atletas ou não, com a finalidade de aumentar a força muscular e obter uma melhor aparência física, devido ao aumento do tecido muscular. Além disso, os usuários dos anabolizantes dizem que estas drogas proporcionam sessões de atividades físicas mais intensas por retardar a fadiga, aumentar a motivação e a resistência, estimular a agressividade e diminuir o tempo necessário de recuperação entre as sessões de treinos.

Logo nos primeiros estudos sobre a dismorfia muscular, deu-se em uma amostra de indivíduos halterofilistas que existe uma correlação positiva entre o uso de esteróides anabolizantes e a presença do transtorno (POPE et al 1993). Olivardia et al observaram que freqüentadores assíduos de academia que apresentavam o transtorno apresentavam uma maior prevalência do uso de esteróides anabolizantes do que os indivíduos sem o transtorno. Outro aspecto bastante importante que deve ser apontado é que indivíduos usuários destas substâncias apresentam uma maior distorção de imagem corporal do que aqueles que não utilizam.

O uso de esteróides anabolizantes está associado com a uma série de problemas tanto físicos como psiquiátricos. O consumo destas substâncias aumenta o risco de doenças coronarianas, hipertensão arterial, tumores hepáticos e, por alterar o nível de hormônios sexuais causa hipertrofia prostática, atrofia testicular, podendo aumentar as chances de câncer de próstata, nos homens. E nas mulheres pode causar atrofia mamária, alteração no padrão de pilificação, alteração de voz e hipertrofia de clitóris.

Além dos problemas físicos, a utilização dos esteróides anabolizantes pode trazer alterações psicológicas, envolvendo sintomatologias psicóticas e maníaco-depressivas durante seu uso e sintomas depressivos quando em sua abstinência (PELUSO, 2000).

5 DISCUSSÃO

Existem muitos comentários de que o Transtorno Dismórfico Muscular é uma doença especial masculina e do por que é estudado mais em homens. Apesar disso, a dismorfia muscular também ocorre em mulheres e até mesmo adolescentes.

Pope, Pederson, Ricciardeli e McCabe estudaram sobre brinquedos e a mídia. Os bonecos de ação apresentam uma aparência irreal, com tamanho significativamente maior do que o normal em suas proporções corporais de todo o corpo com exceção da cintura. Os bonecos e a mídia aparecem fortes influências por mudarem opiniões sobre o físico masculino. Através da imagem de um super-homem, brinquedos idealizam uma norma social que promove magreza e musculatura. Porque brinquedos podem influenciar a imagem corporal das crianças por comparação, desenho, formato, maquiagem e características. Nos resultados encontrados nas entrevistas com 176 crianças de 9 a 13 anos, 30% responderam que os personagens atuais que são fortes parecem mais com uma pessoa normal; 70% afirmou que os personagens atuais mais fortes pareciam mais saudáveis; 80% afirmou que gostaria de se assemelhar com os bonecos fortes e 90% afirmou preferir os bonecos atuais, mais fortes. Estes números mostram a força com que a cultura, a mídia, os brinquedos influenciam as crianças. A associação da musculatura com ser saudável que a maioria dos jovens participantes fez, pode encorajá-los futuramente a utilizar esteróides anabolizantes. De acordo com Barlett, é possível que a exposição precoce de figuras irreais estimule as crianças a atingir uma musculatura anormal, não saudável e inalcançável. Esta interpretação poderia ajudar a explicar o que pesquisas recentes constataram que boneco de ação forte faz com que baixe a auto-estima nos adultos homens. Estes estudos são indispensáveis para determinar especificamente quando estas variáveis começam a influenciar a imagem corporal masculina. Adolescentes que comparam seus corpos com imagens de pessoas da mídia têm uma tendência maior de obter comportamentos para se tornar musculosos, a ter distúrbios alimentares e de imagem corporal.

McCabe examinou detalhadamente em um grupo a natureza das mensagens que os adolescentes recebem sobre seus corpos de diferentes fontes. Neste estudo revelou que as mensagens recebidas podem ser interpretadas, distorcidas e desviadas, mas como eles processam estas mensagens ainda não foi adequadamente investigado. As mensagens

negativas direcionadas às meninas foram focadas mais à aparência e ao peso, enquanto aos meninos foram focadas nos músculos e no desempenho deles nos esportes. Esta é uma das razões do por que as adolescentes mulheres tendem a fazer dietas enquanto os meninos tendem a se engajar em estratégias para aumentar seus músculos.

Quando se entra no âmbito esportivo, as mulheres são vistas como inferiores aos homens, devido ao fato delas não atingirem o rendimento masculino, que chegam a ser parâmetro de comparação no rendimento das mulheres nos esportes de alto rendimento. De acordo com Devide e Votre, isso acontece por barreiras do gênero de acordo com pressupostos biológicos.

Este quadro contribui para que as mulheres atletas se tornem usuárias de esteróides anabolizantes, para que haja uma melhora abrupta do desempenho no esporte. Lembrando que a musculação é uma prática paralela a qualquer esporte, que potencializa cada aspecto integrante para um melhor desempenho. No esporte não há expectativas para que elas se tornem mais femininas, ao contrário dos homens no qual o esporte tem sido um meio de construção da masculinidade para serem incluídas no universo da competição esportiva. Tanto homens quanto mulheres que utilizam anabolizantes procuram se envolver com esporte que exija mais peso.

Gruber e Pope discutiram sobre os sintomas psiquiátricos que poderiam levar as mulheres a utilizar esteróides anabolizantes, incluindo transtorno alimentares para fisiculturismo, “papel de gênero não tradicional” e dismorfia muscular. Não é comum obsessão por músculos na maioria da população feminina. Existe um viés particular nos instrumentos utilizados para acessar a dismorfia muscular nas mulheres, além do que instrumentos sensíveis são inexistentes para este segmento da população, portanto ainda não há resultados consistentes. Para Alexander, uma mulher musculosa ameaça a masculinidade de um homem, da mesma forma que a masculinidade é impulsionada pelo medo de ser feminina ou ser menos do que um homem deveria ser. Holmlund fundamentou que a imagem de uma mulher musculosa aumenta a ansiedade no homem devido à ameaça que esta dá de abolir a distinção visível entre eles. De acordo com Randall, a mulher musculosa pode ameaçar a dominância na sexualidade do homem, no sexo, no gênero, no local de trabalho e no poder social.

De acordo com Botta, Hildebrandt, Langenbucher, Schlundt, Pope e Olivardia existe uma idealização da sociedade de um corpo masculino magro e forte que afeta a imagem corporal dos homens e influencia transtornos alimentares em adolescentes e homens adultos.

Pope mostrou nas suas pesquisas que os homens acreditam que as mulheres preferem que eles sejam mais fortes.

De acordo com Maltby e Day, os exercícios físicos são benéficos a saúde física e mental desde que a pessoa não se auto-objetifique e pratique o exercício somente para melhorar sua aparência. De acordo com Maltby, Day, Strelan e Hangreaves os benefícios da prática física como por exemplo, diminuir o estresse e a depressão e aumentar a auto-estima e a saúde em geral, não são vivenciados por pessoas que sofrem de auto-objetivação. Homens e mulheres que se exercitam pela aparência têm maior chance de apresentar baixa estima corporal.

Mesmo quando os efeitos do distúrbio de imagem estão controlados, os sintomas de dismorfia muscular estão associados com outros sintomas de estresse psicoemocional. Santos e Hudson afirma existir uma conexão com distúrbios alimentares e de imagem corporal com sintomas afetivos. Sintomas afetivos que influenciam a dissatisfação com o corpo também influenciam a dismorfia muscular. A depressão por exemplo está relacionada com distorção de imagem corporal e é sintoma da dismorfia muscular. Cafri, Olivardia e Thompson obtiveram em resultados que indivíduos halterofilistas com DM se diferem dos halterofilistas normais, nos sintomas patológicos e comorbidade psicológica. Neste estudo, os indivíduos com DM apresentaram altas taxas de transtorno de ansiedade e depressivos.

Pope, Cafri, Olivardia, Thompson, Striegel-Moore, Garvin, Dohm e Rosenheck perceberam que homens que utilizam esteróides anabolizantes têm uma propensão maior ao abuso de substâncias e se tornarem dependentes. Striegel-Moore, Garvin, Dohm e Rosenheck, Pope, Gruber e Phillips dizem poder ser parte do TOC, Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Striegel-Moore, Garvin, Dohm e Rosenheck ainda citam que a DM faz parte de um Transtorno de humor e que muitos destes indivíduos têm tendência a desenvolver esquizofrenia.

De acordo com Olivardia, Pope e Hudson grande parte dos indivíduos com DM teve algum transtorno alimentar como anorexia nervosa, bulimia ou transtorno de compulsão alimentar em algum momento da vida antes da DM.

Em um estudo de Pope e Olivardia, ficou claro que os americanos valorizam mais o corpo como forma de mostrar masculinidade, enquanto os chineses valorizam a masculinidade de outra forma, a independência de espírito e de pensamento, coragem, força mental, atitude, o que inclusive é mostrado em filmes orientais. Este tipo de estudo enfatiza a necessidade de estudar a DM em diferentes etnias. De acordo com Pope e Olivardia o desejo de ser musculoso e definido é igual entre homens hetero e homossexuais.

Por ser relativamente um distúrbio recente e haverem poucos estudos, não há descrição do tratamento para a dismorfia muscular, em sua maior parte, práticas são "emprestadas" do tratamento de quadros correlatos e não devem ser entendidas como definitivas. No tratamento psicológico é feito a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal e identificação de aspectos positivos da aparência física. Devido ao fato da DM ocorrer juntamente com outras manifestações do TDC, espera-se que a DM responda ao mesmo tipo de tratamento, com inibidores de serotonina ou terapia cognitivo-comportamental. De qualquer forma os sintomas de DM precisam ser ainda estudados.

6 CONCLUSÃO

A Dismorfia Muscular é um transtorno que ocorre tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino. Há fortes indícios de que a mídia e até mesmo brinquedos possam influenciar no desenvolvimento desse transtorno. As características principais do distúrbio como a preocupação de ser mais forte, insatisfação com corpo, evitar mostrar o corpo e prejuízos funcionais perdem um pouco o valor visto que Thompson considera os fatores multidimensionais dos distúrbios de imagem corporal, no qual inclui aspectos perceptivos, cognitivos, emocionais e distúrbios comportamentais relacionado ao desejo de ser mais esbelto e forte. A Dismorfia Muscular é um tipo de transtorno dismórfico corporal que leva a comorbidade apresentando outros sintomas como transtornos de humor, alimentar e obsessivo compulsivo. A dismorfia ocorre em pessoas com alterações emocionais relacionadas às questões de aceitação corporal por elas mesmas, o que deve ser motivo de atenção pelos profissionais da área de Educação Física. A prática de atividades físicas traz ganhos físicos e psicológicos, mas nesses casos há a necessidade de orientação criteriosa, visto que uma atitude compulsiva está presente. O conhecimento detalhado deste transtorno e o suporte de um profissional da área de psicologia, faz-se necessário nesse caso. A utilização de suplementos alimentares, se for o caso, deve ter a orientação de um nutricionista. É comum pessoas com esse tipo de distúrbio fazerem uso de esteróides anabolizantes, que é totalmente contra indicado e que infelizmente tem seu comércio facilitado por muitos profissionais que atuam em academias. As informações relativas a dismorfia e suas conseqüências deveriam fazer parte do programa de orientação sobre atividades físicas nas academias, mas infelizmente essa prática não é adotada, pelo menos nas academias que temos conhecimento.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Alonso C.A.M. Vigorexia: enfermedad o adaptación. Revista Digital Buenos Aires. 2005. V.11,n.99.

-American Psychiatric Association .Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1994. 4th edition.

-Assunção, S.S.M. Dismorfia Muscular. Revista Brasileira de Psiquiatria: São Paulo. 2002. V. 24, supl. III, p. 80-84.

-Barlett C, Harris R, Smith S, et al. Action figures and men. Sex Roles. 2005;53:877– 85.

-Barros DD. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. Hist. Cienc. Saúde- Manguinhos. 2005; 12 (2); 547-554- Baptista A. N. (2005) Distúrbios Alimentares em frequentadores de academia. Revista Digital Buenos Aires. V. 10, n. 82.

-Baghurst, T., Carlston, D., Wood, J., Wyatt, F.B. Preadolescent male perceptions of action figure physiques. Journal of Adolescents Health, 2007, n.41, p. 613-615.

-Baghurst, T., Lirgg, C. Characteristics of muscle dysmorphia in male football, weight training, and competitive natural and non-natural bodybuilding samples. Body Image. 2009, n.6, p.221-227.

- Botta, R. A. For your health? The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbances. 2003. Sex Roles, V.48, p.389–399.

-Cafri, G., Olivardia, R., Thompson, J.K. Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. Comprehensive Psychiatry. 2008, n. 49, p. 374-379.

- Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis CE. Pursuit of the muscular ideal: physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev* 2005;25:215-39.

-Choi PYL, Pope HG, Olivardia R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *Br J Sports Med*. 2002.V 36, p. 375-376

-Chung, B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspect Biol Med*. 2001. V. 44, n. 4, p. 565-574.

-Cohn LD, Adler NE: Female and male perceptions of ideal body shapes. *Psychol of Women Q* 1992; 16:69–79

- Cooper, L. Athletics, activity, and personality: A review of the literature. *Res. Quart*. 1969. n.40. p. 17–22

-Costa, S.P.V., Guidoto, E.C., Camargo, T.P.P., Uzunian, L.G., Viebig, F.R. Distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares em atletas e praticantes de atividade física. Retirado de: <http://www.efdeportes.com/efd.114/transtornos-alimentares-em-atletas.htm>. Acesso em: 26/03/2010, às 14h 15min.

-Dunker KLL, Philippi SP. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr.* 2003; 16 (1); 51-60.

- Eppright, T. D., Sanfacon, J. A., Beck, N. C., and Bradley, J. S. Sport psychiatry in childhood and adolescence: An overview. *Child Psychol Hum. Dev.* 1997. n. 28. p. 71–88.

-Fiates GM, Salles KK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev. Nutr.* 2001; 14 (Supl.); 3-6

-Finkelhor D: *Sexually Victimized Children*. New York, Free Press, 1979

-First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, nonpatient edition. (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.

- Gardner, R. M., Sorter, R. G., and Friedman, B. N. Developmental changes in children's body images. *J. Soc. Behav. Pers.* 1997.V.12. p.1019–1036.

-Grieve, F. G. A. Conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord*, USA.2007. V. 15, n. 1, p. 63-80.

-Harvey, J.A., Robinson, J.D. Eating disorders in men: current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2003, V. 10, n.4, p.297-306.

-Hildebrandt, T., Langenbucher, J., Schlung, D.G. Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*. 2004, n.1, p. 169-181.

-Holden, R, McCreary, DR, and Davis, C. Predicting the drive for muscularity in young men. Paper presented at the annual meetings of the American Psychological Association, Chicago, August 2002.

-Hudson JI, Pope HG Jr: Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1990; 147:552–564

-Klein AM: *Little Big Men*. Albany, NY, State University of New York Press, 1993

- Klein AM: Man makes himself: alienation and self-objectivation in bodybuilding. *Play & Culture* 1992; V.5. p.327-337

-Leone, J.E., Muscle Dysmorphia symptomatology and extreme drive for muscularity in a 23-year-old woman: A case study. *The Journal of Strength and Conditioning Research*.2009,V. 23,n.3, p.988-995.

-Leone, J.E., Sedory, E.J., Gray, K.A. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Jornal of Athletic Training*. 2005, V.40 (4), p.352-359.

- Levine, M. P., & Smolak, L. Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment prevention, and treatment*. 2001 (pp. 237–260). Washington, District of Columbia: American Psychological Association.

-Liao, Y., Knoesen, N.P., Deng, Y., Tang, J., Castle, D.J., Bookun, R., Hao, W., Chen, X., Liu, T. Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students. *Soc. Psychiat Epidemiol.* 2009.

- Maltby, J., & Day, L. (2001). The relationship between exercise motives and psychological well-being. *Journal of Psychology*, 135, 651–661.

- Mayville SB, Williamson DA, White MA, Netemeyer R, Drab DL. Development of the muscle appearance satisfaction scale: a self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment* 2002;9:351-60.

- McCabe M, Ricciardelli L.A., Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence* 2001;36:225– 40.

-McCabe, M.P., Ricciardelli, L.A., Ridge, D. “Who thinks I need a perfect body?” Perceptions and internal dialogue among adolescents about their bodies. *Sex Roles.* 2006, V. 55, p. 409-419.

-McCreary, DR and Sasse, DK. Exploring the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am Coll Health* 48:297-304,2000.

- McFarland, M.B., Kaminski, P.L. Men, muscle, and mood: the relationship between self-concept, dysphoria, and body image disturbances. *Eating Behaviors.* 2009, n. 10, p.68-70.

- McKinley, N. M. Gender differences in undergraduates’ body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual/ideal weight discrepancy. *Sex Roles*, 1998. V.39, p. 113–123.

-Melin, P., Araújo, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria.*2002. Vol. 24, supl. III, p. 73-76.

-Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24 (Supl. III); 18-23.

- Murnen, S. K., Smolak, L., Mills, J. A., and Good, L. (2003). Thin, sexy women and strong, muscular men: Grade-school children’s responses to objectified images of women and men. *Sex Roles* 49: 427–437.

-Norton K, Olds T (eds): *Anthropometrica: A Textbook of Measurement for Sports and Health Courses*. Sydney, Australia, University of New South Wales Press, 1996, pp 236–258

-Olivardia, R., Pope, H.G., Hudson, J.I., Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am. J. Psychiatry*. 2000, n. 157, p. 1291-1296.

-Pedersen E, Markee N. Fashion dolls: representations of ideals of beauty. *Percept Motor Skills* 1991;73:93– 4.

- Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997;V.33.p.17-22.

-Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG Jr: Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 1995; 56(suppl 4):41–51

- Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press; 1996.

- Pickett, T. C., Lewis, R. J., & Cash, T. F. Men, muscles, and body image: Comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. *British Journal of Sports Medicine*, 2005. V. 39, p.217–222.

-Pope, C.G, Pope, H.G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., Phillips, K.A. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2005, n.2, p. 395-400.

-Pope, H.G. Jr., Gruber, A.J., Choi, P. Olivardia, R., Phillips, K.A. Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 1997, n. 38, p. 548-557.

-Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., Hudson, J., *Body Image Perception Among Men in Three Countries*. *Am. J. Psychiatry*. 2000. 157:8, p. 1297-1301.

-Pope HG-Jr, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry* 1993;34(6):406-9.

-Pope HG Jr, Olivardia R, Gruber A, Borowiecki J. Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *Int J Eat Disord* 1999; 26:65–72

- Pope Jr HG, Phillips KA, Olivardia R. The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession. New York: Free Press; 2000.
- Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA: “Muscle dysmorphia”: an underrecognized form of body dysmorphic disorder? *Psychosomatics* 1997; 38:548–557
- Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P., Lillis, J., Thomas, K. A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006, n.2, p. 177-187.
- Saikali, C.J., Soubhia, C.S., B.M., Cordas, T.A. Imagem corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004.V.31,n.4.
- Santos, M., Richards, C. S., & Bleckley, M. K. Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 2007. V.8, p. 440–449.
- SAS/STAT Software: Changes and Enhancements Through Release 6.12. Cary, NC, SAS Institute, 1997
- Silberstein LR, Mishkind ME, Striegel-Moore RH, Timko C, Rodin J: Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosom Med* 1989; 51:337–346
- Strelan, P., Hargreaves, D. Reasons for exercise and body esteem: men’s responses to self-objectification. *Sex Roles*. 2005, V. 53, p. 495-503.
- Strelan, P., Mehaffey, S. J., & Tiggemann, M. Selfobjectification and esteem in young women: The mediating role of exercise. *Sex Roles*, 2003. V.48,p. 89–95.
- Thompson JK: Assessing body image disturbance: measures, methodology, and implementation, in *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Edited by Thompson JD. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp 49–81
- Thompson, J., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. 1999.
- Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26 (4); 242-247.

-Votre, S.J., Devide, F.P., Doping e mulheres nos esportes. *Rev. Brasileira de Ciências do Esporte*. 2005,V.27, n.1.p.123-138.

-Weiss, M. R., Smith, A. L., and Theeboom, M. “That’s what friends are for”: Children’s and teenager’ perceptions of peer relationships in the sport domain. *J. Sport Exerc. Psychol.* 1996.18: 347–379.

- Weiss, M. R., and Duncan, S. C. The relationship between physical competence and peer acceptance in the context of children’s sports participation. *J. Sport Exerc. Psychol.* 1992.14: 177–191.

- Wilkinson D. The doll exhibit: a psycho-cultural analysis of black female role stereotypes. *J Popular Culture* 1987;21:19 –29.

-Yang, C.-F. J., Gray, P., Pope, H.G. Male body image in Taiwan versus the west: Yanggang Zhiqi meets the Adonis Complex. *Am J. Psychiatry.* 2005, n.162, p.263-269.

- Yelland, C., & Tiggemann, M. Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors: An International Journal*, 2003. 4, 107–116.

ANEXOS e APÊNDICES

ANEXO A: *The Adônís Complex Questionnaire*

(Questionário do Complexo de Adônís)

The Adonis Complex Questionnaire

1. How much time do you spend each day worrying about some aspect of your appearance (not just thinking about it, but actually worrying about it)?
 - a. less than 30 minutes
 - b. 30 – 60 minutes
 - c. More than 60 minutes
2. How often are you distressed by your appearance concerns (that is, feeling upset, anxious, or depressed)?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes
 - c. frequently
3. How often do you avoid having all or part of your body seen by others? For example, how often do you avoid locker rooms, swimming pool situations where you have to take your clothes off? Alternatively, how often do you wear certain clothes to alter or disguise your body appearance – such as a hat to hide your hair or baggy clothes to hide your body?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes
 - c. frequently
4. How much total time do you spend each day involved in grooming activities to improve your appearance?
 - a. less than 30 minutes
 - b. 30 – 60 minutes
 - c. More than 60 minutes
5. How much total time do you spend each day on physical activities to improve your body appearance, such as lifting weights, doing sit-ups, running on a treadmill? (Include only those sports activities in which one of your major goals is to improve appearance.)
 - a. less than 60 minutes
 - b. 60 – 120 minutes
 - c. More than 120 minutes
6. How often do you engage in dieting, eating special foods (for example, high protein or low-fat foods), or taking nutritional supplements specifically to improve your appearance?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes
 - c. frequently
7. How much of your income do you spend on items designed to improve your appearance (for example, diet foods, nutritional supplements, diet products, cosmetics and cosmetic procedures, workout equipment, or gym memberships)?
 - a. negligible
 - b. a more substantial amount, but never to the point of creating financial problems
 - c. enough to cause financial problems at some point
8. How much have your appearance-related activities undermine your social relationships? For example, have your workout activities, dietary practices, or other appearance-related behaviors compromised your relationships with other people?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes
 - c. frequently
9. How often has your sex life been compromised by your appearance concerns?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes
 - c. frequently
10. How often have appearance-related concerns or activities compromised your job or career (or academic performance if you are a student)? For example, have you been late, missed work or school, worked below your potential, or lost opportunities for advancement because of your appearance-related needs or self-consciousness?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes
 - c. frequently
11. How often have you avoided being seen by other people because of your appearance concerns (for example, not going to school, work, social events, or out in public)?
 - a. rarely or not at all
 - b. sometimes

ANEXO B: *The Drive for Muscularity Scale*
(Instrumento para Escala de Musculatura)

The Drive for Muscularity Scale

Please read each item carefully then, for each statement, circle the number that best applies to you.

	1	2	3	4	5	6	Scoring
	Always	Very Often	Often	Sometimes	Rarely	Never	(circle one)
1. I wish that I were more muscular.							1 2 3 4 5 6
2. I lift weights to build up muscle.							1 2 3 4 5 6
3. I use protein or energy supplements.							1 2 3 4 5 6
4. I drink weight gain or protein shakes.							1 2 3 4 5 6
5. I try to consume as many calories as I can in a day.							1 2 3 4 5 6
6. I feel guilty if I miss a weight training session.							1 2 3 4 5 6
7. I think I would feel more confident if I had more muscle mass.							1 2 3 4 5 6
8. Other people think I work out with weights too often.							1 2 3 4 5 6
9. I think that would look better if I gained 10 pounds in bulk.							1 2 3 4 5 6
10. I think about taking anabolic steroids.							1 2 3 4 5 6
11. I think that I would feel stronger if I gained a little more muscle mass.							1 2 3 4 5 6
12. I think that my weight training schedule interferes with other aspects of my life.							1 2 3 4 5 6
13. I think that my arms are not muscular enough.							1 2 3 4 5 6
14. I think that my chest is not muscular enough.							1 2 3 4 5 6
15. I think that my legs are not muscular enough.							1 2 3 4 5 6

Source: McCreary, D.R., & Sasse, D.K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health, 48*, 297-304.

ANEXO C: *The Muscle Dysmorphia Questionnaire- Modified*
(Questionário de Dismorfia Muscular- Modificado)

The Muscle Dysmorphia Questionnaire - Modified		
1. Do you often worry that your body isn't sufficiently lean and muscular?	Yes	No
2. Have you given up social opportunities that you might have otherwise enjoyed, specifically because you needed the time to work out at the gym?	Yes	No
3. Has your need to work out interfered with your job (or school work)?	Yes	No
4. Have you frequently eaten special diets, such as very high protein or low-fat diets, or used large amounts of protein or other food supplements to improve your muscularity?	Yes	No
5. Have you spend a lot of your money on special foods or dietary supplements, such as protein powders, amino acids, creatine, or other substances that advertised to boost muscularity?	Yes	No
6. Have you turned down invitations to go to restaurants, parties, or dinners because of your special dietary requirements?	Yes	No
7. Do you avoid situations where people might see your body, such as beaches, swimming pools, locker rooms, public showers, because you worry that you don't look muscular enough?	Yes	No
8. Do you sometimes wear heavy clothes, such as baggy sweatpants and sweatshirts, to cover up your body because you worry you don't look muscular enough?	Yes	No
9. Do you sometimes wear several layers of clothes, such as three layers of shirts, because you hope that this will make you look bigger?	Yes	No
10. Do you deliberately choose clothes that you think will make you look more muscular?	Yes	No
11. Do you frequently measure your body, for example using a tape measure to check your waist, chest, or biceps?	Yes	No
12. Have you continued to work out even when you had an injury, because you were afraid that if you stopped you would lose muscle mass?	Yes	No
13. Have you taken drugs (either legal drugs like androstenedione or black market drugs like anabolic steroids) to make yourself more muscular?	Yes	No
14. Do you frequently compare your muscularity with that of other people around you, because you worry that they may be bigger than you are?	Yes	No
15. If you see a person who is clearly more muscular than you are, do you think about it or feel envious about it for some time afterward?	Yes	No

Source: Pope, H.G., Phillips, K.A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: secret crisis of male body obsession*. New York, The Free Press.

APÊNDICE A: Informações relativas ao “*The Adônis Complex Questionnaire*”
(Questionário do Complexo de Adônis)

Este questionário foi originalmente desenvolvido para acessar a angústia da Imagem Corporal em homens. Uma ampla gama de temas é abordada neste questionário que abrange atividades da vida diária. Valores de 0-9 indicam menor preocupação com a imagem corporal, mas não possuindo o Complexo de Adônis; 10-19 indica médio a moderado nível da presença do transtorno e 20-29 indica uma séria preocupação com a imagem corporal e que deve ser procurado tratamento.

APÊNDICE B: Informações relativas ao “*The Drive for Muscularity Scale*”
(Instrumento para Escala de Musculatura)

Este questionário foi desenvolvido para mensurar características que podem representar a percepção do indivíduo, tanto homens quanto mulheres, meninos e meninas, de que eles não são suficientemente forte e que necessitam aumentar a sua massa muscular. São quinze questões e os respondentes indicam a extensão em que uma série de atitudes e comportamentos é descritiva de si mesmo.

APÊNDICE C: Informações relativas ao “*The Muscle Dysmorphia Questionnaire- Modified*”
(Questionário de Dismorfia Muscular- Modificado)

Este questionário apresenta quinze questões relacionadas à sintomatologia da dismorfia muscular. Muitas questões estão relacionadas a dissatisfação do homem com a imagem corporal. Mas para ser aplicado num estudo de mulher, este foi adaptado para haver uma formulação de gênero imparcial.